

كلية البنات للآداب والعلوم والتربية
قسم علم النفس

تعديل اتجاهات الأمهات نحو إعاقة أطفالهن المعاقين عقلياً وتأثيره على جودة الحياة الأسرية

رسالة مقدمة للحصول على درجة دكتوراه الفلسفة في التربية

(علم نفس تعليمي)

إعداد

أحمد محمد السيد عبده العنتبلي

إشراف

أ.م.د/ ماجي وليم يوسف
أستاذ علم النفس المساعد
كلية البنات – جامعة عين شمس

د/ منال محمود إسماعيل
مدرس علم النفس التعليمي
كلية البنات – جامعة عين شمس

١٤٤٢هـ – ٢٠٢١م



كلية البنات للآداب والعلوم والتربية
إدارة الدراسات العليا

تاريخ موافقة مجلس الكلية على تشكيل لجنة الحكم والمناقشة

(فحص/ مناقشة) في ٤ / ١ / ٢٠٢١م وتتكون من:

١. **الأستاذة الدكتورة/ سناء محمد سليمان**

٢. **الأستاذة الدكتورة/ بدرية كمال أحمد**

٣. **الأستاذة الدكتورة/ ماجي وليم يوسف**

تاريخ موافقة مجلس الكلية على التوصية بمنح الطالب درجة

(ماجستير/ دكتوراه) في / / ٢٠٢١م.

الموظف المختص	مدير الإدارة	أ.د/ وكيلة الكلية



كلية البنات للآداب والعلوم والتربية
قسم علم النفس

صفحــة العنــوان

اسم الباحث: أحمد محمد السيد عبده العنتبلي

الدرجة العلمية: دكتوراه الفلسفة في التربية

القسم التابع له: علم النفس

اسم الجامعة: جامعة عين شمس

اسم الكلية: كلية البنات للآداب والعلوم والتربية

سنة التخرج: ٢٠٠٧م

سنة المنح: ٢٠٢١ م

التقدير:



كلية البنات للآداب والعلوم والتربية
قسم علم النفس

رسالـة دكتـوراه

اسم الباحث: أحمد محمد السيد عبده العنتبلي

عنوان الرسالة: تعديل اتجاهات الأمهات نحو إعاقة أطفالهن المعاقين عقليًا وتأثيره على جودة الحياة الأسرية

الدرجة العلمية: دكتوراه الفلسفة في التربية (علم نفس تعليمي)

لجنة الإشراف:

أ.م.د/ ماجي وليم يوسف	د/ منال محمود إسماعيل
أستاذ علم النفس المساعد	مدرس علم النفس التعليمي
كلية البنات – جامعة عين شمس	كلية البنات – جامعة عين شمس

لجنة الحكم والمناقشة:

١. الأستاذة الدكتورة/ سناء محمد سليمان (مناقشًا)
٢. الأستاذة الدكتورة/ بدرية كمال أحمد (مناقشًا)
٣. الأستاذة الدكتورة/ ماجي وليم يوسف (مشرفًا)

تاريخ الرسالة: / /٢٠٢١م

الدراسات العليا

ختم الإجازة	أجيزت الرسالة بتاريخ
/ /٢٠٢١م	/ /٢٠٢١م
موافقة مجلس الكلية	موافقة مجلس الجامعة
/ /٢٠٢١م	/ /٢٠٢١م

الموظف المختص   المراجع   مدير الإدارة   أ.د/ وكيلة الكلية

شكر وتقدير

الحمد لله رب العالمين حمدًا يليق بجلاله وعظيم سلطانهِ، وأصلي وأسلم على حبيبنا وسيدنا محمد ﷺ القائل: "لا يشكر الله من لا يشكر الناس" (رواه أحمد وأبو داود)

ومن هذا المنطلق، أتقدم بأسمى آيات الشكر والتقدير إلى الأستاذة الدكتورة/ **ماجي وليم يوسف.** أستاذ علم النفس المساعد بكلية البنات– جامعة عين شمس، التي أغدقت عليّ بعلمها الغزير، وخُلقها الطيب، وكرمها الواسع، وقدمت لي النصح والتوجيه، فلم تدخر جهدًا في عوني، فلها مني كل التقدير على سعة صدرها في مساعدتي لإنجاز هذه الدراسة.

ويسعدني أن أتوجه بأسمى آيات الشكر والعرفان للدكتورة/ **منال محمود إسماعيل.** مدرس علم النفس التعليمي بكلية البنات– جامعة عين شمس، على ما قدمته لي من نصح وإرشاد، فجزاها الله عني خير الجزاء.

كما أتقدم بالشكر للأستاذة الدكتورة/ **سناء محمد سليمان.** أستاذ علم النفس التعليمي بكلية البنات– جامعة عين شمس، على تفضلِها وتكرمها بمناقشة الباحث، أنعم الله عليها بموفور الصحة والعافية، ولها مني جزيل الشكر والامتنان.

كما أتقدم بالشكر للأستاذة الدكتورة/ **بدرية كمال أحمد.** أستاذ علم النفس بكلية الآداب– جامعة المنصورة، على تفضلِها وتكرمها بمناقشة الباحث، أنعم الله عليها بموفور الصحة والعافية، ولها مني جزيل الشكر والامتنان.

ولا يفوتني تقديم الشكر والعرفان للأم الحنون التي غمرتني بحبها وغذتني بالعِلم والمعرفة الأستاذة الدكتورة/ **مديحة محمد العزبي.** أستاذ علم النفس التربوي بكلية التربية جامعة الفيوم، لِما قدمته لي من عون على مدار دراستي العليا، أنعم الله عليها بموفور الصحة والعافية.

وأتقدم بخالص شكري وإعزازي وتقديري إلى **والدي ووالدتي وأخي علاء وأختي ميرفت** أطال الله في عمرهم وألبسهم لباس الصحة والعافية.

كما أشكر **زوجتي الغالية/ هناء ندا** التي وقفت بجانبي وقاسمتني عناء البحث طيلة مشواري العلمي، وقدمت لي الدعم والعون بكل حب وعطاء، والشكر موصول لمن سطع نجمهم في سماء حياتي، وزرع التفاؤل بدربي، مصدر قوتي وبهجتي أبنائي **(ملك، هنا، ومحمود)**.

وإن كان لأهل الديار علينا حق، فلأهل دار الحق الدعاء، ولا يفوتني في هذا المقام أن أستذكر **جدي وجدتي وعمتي** الغاليين، وأشكرهم على نسمات دعائهم الحاضرة في الوجدان، رحمهم الله وأسكنهم فسيح جناته.

كما أتقدم بالشكر والعرفان للدكتور**/ أحمد حسن البحراوي، والأستاذ/ محمد أحمد عموش** على مساعدتهما للباحث، فجزاهما الله عني خير الجزاء.

وفي النهاية، إذا كان في هذا العمل من إجادة، فإنها ترجع إلى توفيق الله تعالى، ثم لجنة الإشراف على الدراسة، وإن كان فيه تقصير فمن نفسي، وحسبي أنني حاولت، فالكمال لله وحده.

والحمد لله رب العالمين، وصلى الله على سيدنا محمد وعلى آله وصحبه وسلم

الباحث

أحمد محمد العنتبلي



كلية البنات للآداب والعلوم والتربية
قسم علم النفس

مستخلص الدراسة:

اسم الباحث: أحمد محمد السيد العنتبلي. **الجنسية:** مصري.

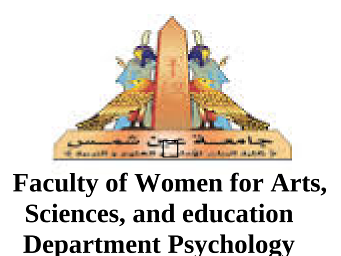
الدرجة: دكتوراه الفلسفة في التربية. **التخصص:** علم نفس تعليمي.

عنوان الدراسة: تعديل اتجاهات الأمهات نحو إعاقة أطفالهن المعاقين عقليًا وتأثيره على جودة الحياة الأسرية

استهدفت الدراسة التحقق من فعالية برنامج إرشادي قائم على بعض فنيات الإرشاد النفسي الديني، والعلاج المعرفي السلوكي، والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، والعلاج بالمعنى في تعديل اتجاهات الأمهات نحو إعاقة أطفالهن المعاقين عقليًا، وتقصي فعاليته على جودة الحياة الأسرية. والتحقق من استمرارية فعالية البرنامج الإرشادي في تعديل اتجاهات الأمهات نحو إعاقة أطفالهن المعاقين عقليًا وتحسين جودة الحياة الأسرية. وتفسير كل من الارتفاع والانخفاض في درجات اتجاهات الأمهات نحو إعاقة أطفالهن المعاقين عقليًا، وذلك من خلال دراسة لحالتين طرفيتين. وتكونت مجموعة الدراسة الوصفية من (٦٢) أمًا من أمهات الأطفال المعاقين عقليًا القابلين للتعلم، ممن تتراوح أعمارهن الزمنية بين (٢٢-٤٢) سنة. وتكونت مجموعة الدراسة التجريبية من (١٠) أمهات لأطفال معاقين عقليًا قابلين للتعلم ممن تتراوح أعمارهن الزمنية بين (٢٧-٤٠) سنة تم اختيارهن عمديًا من مجموعة الدراسة الوصفية، وتتراوح أعمار أطفالهن ما بين ٤-٦ سنوات، ويتراوح معامل ذكائهم بين (٥٦,٦٧ - ٧٠,٤) درجة على مقياس ستانفورد بينيه "الصورة الخامسة". وتكونت مجموعة الدراسة الإكلينيكية من أُم حاصلة على درجة مرتفعة على مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة في القياس البعدي، بالإضافة لِأُم حاصلة على درجة منخفضة على مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة في القياس البعدي. واستخدم الباحث المنهج الوصفي الارتباطي والتجريبي والإكلينيكي لملاءمتهم لطبيعة الدراسة وأهدافها. وأعد الباحث استمارة بيانات أولية، ومقياس اتجاه أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية نحو الإعاقة، ومقياس جودة الحياة الأسرية والبرنامج الإرشادي، واستمارة المقابلة الشخصية، واستخدم اختبار تفهم الموضوع (TAT)، واختبار ساكس لتكملة الجمل الناقصة. وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائيًا بين اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة وجودة الحياة الأسرية لديهن. كما يمكن التنبؤ بجودة الحياة الأسرية من خلال اتجاهات الأمهات نحو إعاقة أطفالهن. بالإضافة إلى فعالية البرنامج الإرشادي في تعديل اتجاهات الأمهات نحو إعاقة أطفالهن المعاقين عقليًا وتحسين جودة الحياة الأسرية. وأسهمت الدراسة الإكلينيكية في رسم صورة لحالتي الدراسة مرتفعي ومنخفضي الاتجاه نحو الإعاقة وجودة الحياة الأسرية، وأوضحت وجود اختلافات جوهرية بينهما في البناء النفسي وديناميات الشخصية.

الكلمات المفتاحية:

الاتجاهات- المعاقون عقليًا- جودة الحياة الأسرية.



Faculty of Women for Arts, Sciences, and education
Department Psychology

Abstract

Name: Ahmed Mohamed El Sayed El Antably **Nationality:** Egyptian
Degree: Ph.D of Philosophy of Education **Specialization:** Educational Psychology.

Study Title: **Modification of Mothers' Attitudes Towards Their Children's Mental Disability and Its Effect on the Quality of Matrimonial Life**

The study aimed to identify the mothers' attitudes towards their children with mental disabilities and it' s relation to their family life quality and verify the predictability the quality of family life for mothers' attitudes towards their children with mental disability. And verify the effectiveness of a counseling program in modifying mothers' attitudes towards the disability of their children with mentally disability and to investigate its impact on the quality of family life and to verify its continued effectiveness. And the explanation of both the rise and the decrease in the degrees of mothers' attitudes towards the disability of their children with mentally disability, through the study of two extremistic cases. The descriptive study group consisted of (62) mothers of children with mentally disabled and whose chronological ages ranged between (22-42) years. The experimental study group consisted of (10) mothers of children with mentally disability whose ages ranged between (27-40) years who were deliberately chosen from the descriptive study group and their children ranged between 4-6 years old and their IQ ranges between (56.67- 70.4) a score on the Stanford- Binet "Fifth Image" scale. The clinical study group consisted of a mother who obtained a high score on the mothers of children with mentally disability's attitude scale towards disability, in addition to a mother who obtained a low score on the mothers of children with mentally disability's attitude scale towards disability. The researcher prepared an initial data form, measure mothers' attitudes towards their children with mental disability, measure of quality of family life, the counseling program, the personal interview form and used the thematic apperception test (TAT), Sacks for the Sentence Completion Test. The results found that there is a positive correlation between the mothers' attitudes towards their children with mental disability and it' s relation to their family life quality, the quality of family life can be predicted through mothers' attitudes towards their children with mental disability. In addition to the effectiveness of the counseling program in modifying mothers' attitudes towards their children with mentally disability and improving the quality of family life its continued effectiveness. The clinical study also contributed to drawing a picture of the two study cases with high and low the attitudes towards disability and the quality of family life.

Key Words:

Mental Disability - Attitudes - Quality of Family Life

قائمة المحتويات

أولاً: قائمة الموضوعات

تابـــع : قائمـة الموضوعات

تابـــع : قائمـــة الموضوعات

ثانياً : قائمة الجداول

تابع : قائمة الجداول

تابع : قائمة الجداول

ثالثاً : قائمة الأشكال

رابعاً : قائمة الملاحـــق

الملحق	موضـــــوع الملحـــــق	الصفحة
١	أسماء المحكمين لأدوات الدراسة..	١٦٧
٢	استمارة بيانات أولية (إعداد: الباحث)....................................	١٦٩
٣	مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة (إعداد: الباحث)	١٧٢
٤	مقياس جودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا (إعداد: الباحث)..	١٧٣
٥	برنامج إرشادي لتعديل اتجاهات الأمهات نحو إعاقة أطفالهن المعاقين عقليًا (إعداد: الباحث)..	١٧٤
٦	استمارة تقييم جلسات البرنامج الإرشادي لتعديل اتجاهات الأمهات نحو إعاقة أطفالهن المعاقين عقليًا (إعداد: الباحث)..........................	١٧٥
٧	استمارة المقابلة الشخصية (إعداد: الباحث)...........................	١٧٨



الفصل الأول

مدخل الدراسة

أولاً: مقدمة الدراسة

ثانيًا: مشكلة الدراسة وأسئلتها

ثالثًا: أهداف الدراسة

رابعًا: أهمية الدراسة

خامسًا: مصطلحات الدراسة

سادسًا: محددات الدراسة

الفصل الأول

مدخل الدراسة

أولاً: مقدمة الدراسة

لاقت فئات ذوي الاحتياجات الخاصة -خاصة ذوي الإعاقة العقلية- في أوروبا منذ القدم محاولات للتخلص منهم، أما المجتمعات الشرقية فأشفقوا عليهم لعجزهم ولاعتقادهم بأن لهم صلة بالقوة الإلهية، وفي المجتمعات الغربية الحديثة تغيرت النظرة نحو هذه الفئة من سيطرة فكرة التخلص من غير القادرين على الإنتاج إلى فكرة الدافع لعمل الخير للإنسان ذوي الإعاقة العقلية، من خلال إنشاء مدارس لهم ولغيرهم من ذوي الإعاقة تحقيقًا لمبدأ الديمقراطية وتكافؤ الفرص التعليمية بين الأسوياء وغير الأسوياء من خلال الاهتمام بتوفير العلاج والرعاية التربوية الكاملة للطفل المعاق. ولم تتخلف مصر عن الركب بل حرصت على الاهتمام بالفئات ذوي الاحتياجات الخاصة من خلال سن تشريعات وقوانين كقانون رقم ١٠ لسنة ٢٠١٨م بشأن منح حقوق وامتيازات عديدة لهؤلاء الأشخاص سواء في مجال التعليم أو الصحة أو العمل أو المعاش، وقانون رقم ١١ لسنة ٢٠١٩م بشأن إنشاء المجلس القومي للأشخاص ذوي الإعاقة.

ويُقدر ذوي الاحتياجات الخاصة في العالم نحو مليار شخص أي ١٥٪ من سكان العالم، ويعيش ٨٠٪ من الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة في الدول النامية، وتسجل المغرب أعلى معدلات انتشار الإعاقة في المنطقة العربية بنسبة ٥,١٪ من إجمالي السكان، بينما تسجل قطر أقل نسبة ٠,٢٪ من إجمالي السكان، في حين تسجل مصر نسبة ١,٩٪ من إجمالي السكان (اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا، ٢٠١٨، ١٤). ويبلغ أعداد ذوي الإعاقة في مصر نحو ٢٠٢٧٨٣٥ ذوي إعاقة، يعاني ١٨,٢٪ من إجمالي حالات الإعاقة بمصر من صعوبات في التواصل مع الآخرين، ونحو ٨,٧٪ من صعوبات في رعاية الذات، كما أن ٦٤,٤٪ من ذوي الإعاقة بمصر لم يلتحقوا بالتعليم لعدة أسباب منها: عدم رغبة الأسرة- عدم رغبة الفرد- الظروف المادية للأسرة- صعوبة الوصول للمدرسة (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء المصري، ٢٠١٩، ١٠٨).

كما أنه لا يظهر تأثيرات الإعاقة السلبية على الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة فقط بل على الأسرة والمجتمع، حيث يطمح الوالدان إلى تحقيق آمالهما وتطلعاتهما من

خلال الأبناء، إلا أنه سرعان ما تتحطم تلك الآمال حينما تصطدم الأسرة بمولد طفل ذوي إعاقة، فتمثل إعاقة الطفل صدمة شديدة للأسرة، حيث يواجه الوالدان صعوبات وتحديات كثيرة، حيث ينقصهما في أغلب الأحيان المعلومات عن كيفية التعامل معه، فيلجآن إلى أساليب تعامل لا تتناسب مع ظروف الابن ذوي الإعاقة مثل: نقده وتجريحه، وعزله عن الآخرين وقلة السماح له بالاختلاط بهم، وحرمانه من إشباع احتياجاته، وحجزه في المنزل وقلة ظهوره أمام الأقارب أو الجيران، وانخفاض المشاركة في فعاليات المجتمع، أو زيارة الأماكن العامة أو التسوق، بالإضافة إلى انعزال الأسرة عن الأهل والأصدقاء، وضعف تماسكها، وتعرضها إلى العديد من المشكلات سواء النفسية أو الاجتماعية كحالات الانفصال بين الزوجين أو الطلاق.

كما يحتاج الطفل ذوي الإعاقة رعاية والدية غير عادية، فالعناية بالطفل ذوي الإعاقة تتطلب إشرافًا مكثفًا واهتمامًا خاصًا، فإذا كانت تربية طفل طبيعي تسبب للوالدين المشقة والضغط، فإن أعباء وتكاليف تربية طفل ذوي إعاقة تكافئ وتزيد ثلاثة أعباء تربية الطفل الطبيعي (روز ماري لامبي، ديبي دانيلز- مورنج، ١٩٥٣/ ٢٠٠١، ٥٢- ٥٧) (*).

وتتمثل اتجاهات أسر المعاقين عقليًا نحو ابنهم في انخفاض تقبل الابن المعاق والهروب منه ورفضه، وقد يستمر ذلك لفترة طويلة، وإهماله بدرجة كبيرة، وقلة توفير العناية الصحية الكافية، أو الاهتمام الزائد بالابن المعاق.

ويترتب على معرفة اتجاهات الوالدين نحو إعاقة ابنهما سواء كانت هذه الاتجاهات إيجابية أم سلبية قرارات كثيرة تتعلق بإعاقة الابن، بالإضافة إلى إعداد برامج التوعية والإرشاد الأسري لأسر الأطفال ذوي الإعاقة العقلية، وتعديل اتجاهاتهم السلبية نحو الإعاقة، والتوعية لتعديل المفاهيم والاتجاهات السلبية عن إعاقة الابن، وما يرتبط بها من مفاهيم خاطئة، ومعرفة الخدمات المتاحة لصالح ذوي الإعاقة؛ وذلك يتطلب تقديم المساعدة الكافية للوالدين وإمدادهما بالأساليب التوافقية، وإكسابهما المعرفة والخبرات والمهارات التي تساعدهما في التغلب على العقبات، وتعود بالنفع على الأسرة والابن ذوي الإعاقة في نفس الوقت، وتحقيق أعلى مستويات الجودة لجميع أفراد الأسرة وبناء رؤية إيجابية جديدة لهم بشأن الإعاقة.

(*) اتبع الباحث توثيق (APA, 7) جمعية علم النفس الأمريكية الإصدار السابع ٢٠٢٠م، حيث يشير الرقم الأول إلى تاريخ العمل الأصلي، والرقم الثاني إلى عام الترجمة، والرقم الثالث إلى أرقام الصفحات بالمرجع.

ويعد مفهوم جودة الحياة الأسرية من المفاهيم الحديثة نسبيًا التي ألقت الضوء على أسر الأطفال ذوي الإعاقة وكيفية التعامل معهم ومساعدتهم على تخطي الآثار الناجمة عن الإعاقة والتوافق معها، وذلك من خلال تركيز برامج وخدمات التربية الخاصة بشكل كبير على الأسرة، وأصبحت الأسرة محور العديد من البرامج الإرشادية؛ لأن وجود طفل ذوي إعاقة داخل الأسرة يحتاج إلى إعداد برامج واستراتيجيات متنوعة الجوانب لإرشاد وتدريب الوالدين بشأن الإعاقة.

وترتبط جودة حياة الفرد وتتأثر بجودة الحياة الأسرية، التي هي محصلة لجودة حياة أفرادها كأعضاء في النسق الأسري، باعتبار أن الأسرة هي البيئة الأولى والأقرب للفرد من الناحية المادية والنفسية؛ ومن هنا يكمن الدور المهم الذي تلعبه الأسرة في تحسين جودة حياة الفرد أو تدهورها. وهذا ما أشارت إليه العديد من نتائج الدراسات على التأثير المتبادل في جودة الحياة بين الآباء والأمهات والأبناء، فالأمهات التي حدث لهن تغيير مقصود في جودة حياتهن أصبحن أكثر قدرة على التعامل مع أطفالهن من ذوي الاحتياجات الخاصة (في: عادل عز الدين الأشول، ٢٠٠٥)، وهذا في حد ذاته يمكن أن يؤثر بالإيجاب على جودة الحياة لدى هؤلاء الأبناء، وبالتالي لا يمكن التحدث عن جودة الحياة لدى الفرد دون الأخذ في الاعتبار جودة حياة من يتفاعلون معه.

ولضمان جودة الحياة الأسرية وتلبية حاجات الأبناء ذوي الإعاقة العقلية وما تفرضه الإعاقة من ضغوط أسرية؛ ينبغي أن تخضع مسئولية الرعاية لنوع من المشاركة والتعاون بين الأسرة –باعتبارها الأساس في حياة الطفل ذوي الإعاقة– والاختصاصيين مقدمي الخدمة للأطفال ذوي الإعاقة.

وتتلخص جودة الحياة في دورها الفعال في الحد من آثار الإعاقة، وإعداد المجتمع لتقبل المعاقين وإدماجهم من خلال العمل على إدخال تغييرات في المواقف السلوكية وفي اتجاهات التصورات الاجتماعية، وفي تنفيذ السياسات النشطة والفعالة للنهوض بها، حيث إن الأسرة مسئولة مسئولية أولية عن حالة ابنها المعاق؛ لذلك فإن تفهم واستيعاب الأسرة للإعاقة، ومعرفتها باحتياجات الطفل ذوي الإعاقة، والتغلب على مشكلاته، ومساعدته على التوافق النفسي والاجتماعي، واقتناعها بالبرامج الإرشادية، كلها أمور لها أهميتها من أجل أسرة قادرة على تحسين جودة حياتها، ومن أجل مستقبل أفضل لابنها ذوي الإعاقة (أشرف أحمد عبد القادر، ٢٠٠٥، ١٠٠).

وفي ضوء ما سبق؛ جاءت هذه الدراسة لتقديم برنامج إرشادي لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية ليساعد على تخفيف الضغوط النفسية التي تواجه الأسرة وخاصة الوالدين وتعديل اتجاهاتهما السلبية، الأمر الذي ينعكس على جودة الحياة الأسرية وشعورهم بالتوافق مع أنفسهم ومع الآخرين؛ وبالتالي الاندماج في المجتمع، وتقبل الابن ذوي الإعاقة ومساعدته نفسيًا على تقبل إعاقته والتخفيف من الاضطرابات النفسية لديه وتنمية قدراته وإمكاناته ليستعيد ثقته بنفسه، وإشباع حاجته إلى الحب، والألفة، والمودة في ظل مناخ يغلب عليه التوافق والرضا الأسري عن الحياة الأسرية.

ثانياً: مشكلة الدراسة وأسئلتها

اتضح للباحث من خلال استقراء التراث النظري وبعض البحوث والدراسات السابقة أن هناك بعض آباء وأمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية يسعون إلى عزل أبنائهم عن المواقف الاجتماعية حتى لا يظهروا السلوكيات اللاتوافقية للأبناء أثناء المواقف الاجتماعية، كما أن الشعور بالخجل من وجود طفل ذوي إعاقة في العائلة قد يصل إلى حد الإنكار والنبذ والإهمال والقسوة مما يؤثر سلبيًا على ابنهم بل وعلى مشاعر أسرته؛ فينشأ الابن غير قادر على مواجهة المواقف الاجتماعية خائفًا من الآخرين شاعرًا بالعزلة؛ فيؤثر تأثيرًا سلبيًا على توافقه النفسي وتكيفه داخل المجتمع.

حيث تشير دراسة أزهار عبود حسون، وبشرى محمد على جاسم (٢٠١٤) أن أمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية يشعرن بالخجل الاجتماعي بنسبة أعلى من أمهات الأطفال ذوي الإعاقة (السمعية- البصرية- الجسدية)، حيث يتعرضن لمواقف تستثير لديهن ضغوطاً نفسية عالية وتتولد لديهن مشاعر الخجل والتوتر والانفعال. كما بينت دراسة إبراهيم أمين القريوتي (٢٠١١) وشادية محمد مرزوق (٢٠٠٣) أن العديد من آباء وأمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة يمنعون أولادهم من المشاركة الاجتماعية. ويشير جمال الخطيب (٢٠٠١) أن ردود الفعل السلبية التي تظهر على أسرة المعاق عقليًا تشبه إلى حد ما ردود أفعال الناس ممن يفقدون شخصًا، وبالرغم من أن أسر المعاقين لم يفقدا طفلهما إلا أنهما يفقدان الأمل والحلم والطموح في أن يكون الطفل عاديًا، لذا فهما يمران بمرحلة أسي وعزاء وهذه المرحلة قد تتصف بالشدة وكأنهما قد فقدا الطفل حقًا.

كما طرح الباحث سؤالًا مفتوحًا على عشر أمهات لأطفال ذوي إعاقة عقلية يترددن على مركز IQ لتنمية مهارات ذوي الاحتياجات الخاصة بكفر الشيخ: كيف تعاملين ابنك

ذوي الاحتياجات الخاصة؟ وما شعورك عند خروج الطفل ذوي الإعاقة العقلية معك؟ وكانت إجابتهن تدور حول استخدام أساليب معاملة فيها شدة عندما يخطئ الطفل، والحفاظ على الطفل وعدم السماح له بنزول الشارع، بالإضافة إلى شعور الأم بالإحراج عند خروج الابن معها خاصة عندما يتصرف بسلوك غير لائق، وأشارت إحدى الأمهات أنها متقبلة ابنها وعلى المجتمع تقبل إعاقة الطفل ومساندتنا.

وأشارت نتائج دراسة كل من سعيدة أمان الشمالي (٢٠١٠)؛ مغنية قوعيش (٢٠١٨)؛ (Bafrooei et al. (2019; De Sousa (2010) إلى معاناة أمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية من الضغوط النفسية، وانخفاض الشعور بجودة الحياة الأسرية، وضعف الصحة العامة، والعصابية، والقلق، والاكتئاب مقارنة بأمهات الأطفال العاديين. كما أسفرت نتائج دراسة أحمد عبد العزيز التميمي (٢٠١٣) إلى شعور آباء الأطفال المعاقين بالرضا عن جودة حياتهم الأسرية أكثر من شعور الأمهات.

من هنا تظهر أهمية الحاجة إلى الإرشاد الأسري في مواجهة الأزمات المستمرة لأسر الأطفال ذوي الإعاقة العقلية– خاصة الأمهات–، حيث تشعر الأمهات بضغوط أكثر من الآباء، فخلق الله سبحانه وتعالى الأنثى بخصائص وصفات خاصة تؤهلها للدور الأنثوي الذي خُلقت من أجله، وهو الحمل، والرضاعة، ورعاية الأبناء؛ وهذا الدور جعلها بالفطرة أكثر ارتباطًا بأبنائها، وخوفًا عليهم، وشفقة ورحمة بهم من الأب، ولذلك تكون الأم أكثر قلقًا وتوترًا من الأب؛ وهذا بدوره يقل شعور الأم بالرضا عن جودة حياتها الأسرية؛ لذلك كان من الضروري التدخل المبكر من خلال مساعدة أُمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية بزيادة وعيهن في مواجهة مشكلات أطفالهن المعاقين، ودعم وتعزيز العلاقات الوظيفية داخل الأسر وإعادة بنائها الوظيفي، وتحصين الأسرة ضد احتمالات الاضطرابات والتفكك الأسري، وإمكانية تحسين الشعور بجودة الحياة الأسرية لديهن من خلال تعديل اتجاهاتهن نحو إعاقة أبنائهن المعاقين.

ونظرًا لأن الأسر التي لديها أطفال ذوي إعاقة تواجه بصفة مستمرة تحديات كثيرة بسبب الإعاقة، وأن هذه التحديات تؤثر على جودة حياة أفرادها (داليا نبيل حافظ، ٢٠٠٧؛ Lecavalier et al., 2006) ، لذلك كان من الأهمية ضرورة الاهتمام بأسر ذوي الإعاقة لتحسين جودة حياتهم الأسرية (Dunst & Bruder, 2002; Park, et al., 2003)، وفي هذا السياق أوضح Brown and Brown (2003) أن الباحثين في مجال التربية الخاصة ينظرون إلى جودة حياة أسر ذوي الإعاقة بوجهتي نظر مختلفتين، حيث ترى وجهة النظر

الأولى أن تحقيق جودة حياة أسر ذوي الإعاقة يجب أن يتم من خلال الاهتمام بجميع أفراد هذه الأسر –كل على حدة– باعتبار أن الأفراد يعدون المكون الأساس للأسرة، كما يعتقد أنصار هذا التوجه أن جودة حياة أسر ذوي الإعاقة تتحقق حينما تُلبى حاجات جميع أفرادها، وكذلك عندما يستمتعون جميعًا بقضاء أوقاتهم معًا، وأيضًا عندما تكون لديهم القدرة على المشاركة في الأنشطة المفيدة لهم ولأسرهم. وأما وجهة النظر الثانية فإنها ترى أن تحقيق جودة حياة أسر ذوي الإعاقة يجب أن يتم من خلال الاهتمام بالأسرة كجماعة ووحدة واحدة وليس كأفراد (Park, et al., 2003)، ولذلك ينادي أنصار وجهة النظر الأخيرة بضرورة توجيه الدعم بأشكاله المختلفة نحو أسر ذوي الإعاقة.

كما أن بعض الدراسات السابقة مثل دراسة أشرف أحمد عبد القادر (٢٠١٣)، ورانيا عبد الله دراز (٢٠١٤) التي فحصت جودة حياة أسر ذوي الإعاقة اهتمت بدعم هذه الأسر لتحسين جودة حياتها، لأنها ترى أن الدعم بأشكاله المختلفة الذي يُقدم لأسر ذوي الإعاقة يسهم بشكل كبير في تحسين جودة حياة هذه الأسر، ويؤدي أيضًا إلى زيادة التفاعل الإيجابي بين أفرادها، ويخفف من حدة الضغوط الحياتية التي يتعرض لها أفراد هذه الأسر.

ومن ثم تصبح هناك حاجة إلى التوجيه والإرشاد النفسي للأمهات؛ لتبصيرهن باتجاهاتهن الخاطئة في تربية أبنائهن التي ساهمت في تأكيد القلق الاجتماعي، والقصور في التفاعل الاجتماعي لدى طفلهن المعاق، وتعريفهن بتنظيم البيئة المناسبة لطفلهن المعاق؛ لخفض القلق الاجتماعي فينعكس عليهم بتحسين التفاعل الاجتماعي مع المجتمع المحيط بهم، وإرشادهن حول كيفية التواصل مع ابنهن المعاق، وكيفية التكيف مع هذا الواقع، لتعديل اتجاهاتهن السلبية، وتحقيق أعلى مستويات الجودة لجميع أفراد الأسرة وبناء رؤية إيجابية جديدة لهم بشأن الإعاقة، بهدف تحسين جودة حياة أسرة تسعى لتحقيق مستقبل أفضل لابنها المعاق.

ويمكن صياغة مشكلة الدراسة في الأسئلة التالية:

١- أسئلة الدراسة الوصفية:

أ- ما العلاقة بين اتجاهات الأمهات نحو إعاقة أطفالهن المعاقين عقليًا وجودة الحياة الأسرية لديهن؟

ب-هل يمكن التنبؤ بجودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا من خلال اتجاهاتهن نحو إعاقة أطفالهن؟

٢-أسئلة الدراسة التجريبية:

أ- ما الفروق في اتجاهات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا -أفراد المجموعة التجريبية- نحو إعاقة أطفالهن في القياسين القبلي والبعدي؟

ب-ما التحسن في درجة جودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا -أفراد المجموعة التجريبية- في القياسين القبلي والبعدي؟

ج-ما الفروق في اتجاهات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا -أفراد المجموعة التجريبية- نحو إعاقة أطفالهن في القياسين البعدي والتتبعي (بعد انتهاء البرنامج بشهرين)؟

د- ما الفروق في جودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا -أفراد المجموعة التجريبية- في القياسين البعدي والتتبعي (بعد انتهاء البرنامج بشهرين)؟

٣-سؤال الدراسة الإكلينيكي:

- ما العوامل الدينامية الكامنة التي تقف وراء ارتفاع وانخفاض استفادة أمهات الأطفال المعاقين عقليًا من البرنامج الإرشادي، كما يظهر في الدراسة المتعمقة لحالتين طرفيتين؟

ثالثًا: أهداف الدراسة

هدفت هذه الدراسة إلى:

١- التعرف على العلاقة بين اتجاهات الأمهات نحو إعاقة أطفالهن المعاقين عقليًا وجودة الحياة الأسرية لديهن.

٢- إمكانية التنبؤ بجودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا من خلال اتجاهاتهن نحو إعاقة أطفالهن.

٣- التعرف على فعالية البرنامج الإرشادي في تعديل اتجاهات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا -أفراد المجموعة التجريبية- نحو إعاقة أطفالهن بعد تطبيق البرنامج الإرشادي.

٤- التعرف على فعالية البرنامج الإرشادي في تحسين جودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا -أفراد المجموعة التجريبية- بعد تطبيق البرنامج الإرشادي.

٥- التعرف على استمرارية فعالية البرنامج الإرشادي في تعديل اتجاهات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا -أفراد المجموعة التجريبية- نحو إعاقة أطفالهن من خلال القياس التتبعي.

٦- التعرف على استمرارية فعالية البرنامج الإرشادي في تحسين جودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا-أفراد المجموعة التجريبية- من خلال القياس التتبعي.

٧- التعرف على العوامل الدينامية الكامنة التي تقف وراء ارتفاع وانخفاض استفادة أمهات الأطفال المعاقين عقليًا من البرنامج الإرشادي، من خلال دراسة متعمقة لحالتين طرفيتين.

رابعاً: أهمية الدراسة

تكمن أهمية الدراسة في:

١- الأهمية النظرية:

تتمثل في أنها إضافة علمية لموضوع مهم لا تزال البحوث والدراسات مستمرة فيه لترى مدى تأثير مشاركة الأمهات في البرنامج الإرشادي المقدم لهن في تعديل اتجاهاتهن نحو إعاقة أطفالهن المعاقين عقليًا القابلين للتعلم، وكذلك تأثيره في تحسين جودة الحياة الأسرية. بالإضافة إلى إثراء المكتبة النفسية العربية بأدوات لقياس اتجاهات الأمهات نحو إعاقة أطفالهن المعاقين عقليًا، ومقياس جودة الحياة الأسرية للأمهات.

٢- الأهمية التطبيقية:

تتمثل في فعاليات المشاركة وأهميتها في تبصير أمهات الأطفال المعاقين عقليًا بدور هذه البرامج الإرشادية في تعديل اتجاهاتهن السلبية، كما تتمثل فيما سوف تُسفر عنه الدراسة من نتائج قد تفيد البحوث المستقبلية، كما تزداد أهمية هذه الدراسة في ظل احتياج المراكز والمؤسسات المعنية بالمعاقين عقليًا إلى برامج إرشادية للأمهات.كما تكمن في تبصير الأسرة بالخدمات والبرامج المقدمة للأطفال المعاقين عقليًا، والتأكيد على حاجة الأسرة إلى مدى من الخدمات والبرامج التدريبية والإرشادية ذات الصلة بالإعاقة؛ لتحسين جودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا، وبالتالي إعادة بناء أسرة قادرة على تلبية احتياجات أطفالها.

خامساً: مصطلحات الدراسة

١- الإعاقة العقلية: Mental Disability

يتبنى الباحث تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقات الفكرية والنمائية The American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) حيث عرفت الإعاقة العقلية بأنها: قصور واضح في الأداء العقلي الوظيفي والسلوك التكيفي للفرد، والتي تظهر جليًا في المهارات التكيفية والاجتماعية والعملية ويظهر هذا القصور قبل سن ١٨ عامًا (Heward et al, 2019, 286).

ويعرف الطفل المعاق عقلياً في هذه الدراسة بأنه: الطفل الذي يتراوح معامل ذكائه بين ٥٠-٧٠ درجة من القابلين للتعلم، ويتراوح عمره الزمني ما بين ٤- ٦ سنوات، ولا يعاني من أي إعاقة جسمية أو إصابات.

٢- اتجاه الأمهات نحو أطفالهن المعاقين عقليًا:

يعرفه الباحث إجرائيًا بأنه: الاستعداد العقلي والوجداني المكتسب والثابت نسبيًا لدى أُم الطفل المعاق عقليًا، والذي يحدد سلوكها واستجابتها نحو طفلها المعاق عقليًا سواء بالقبول أو بالرفض، والذي ينعكس بدوره على قبول الأُم أو رفضها لطفلها المعاق. ويستدل على ذلك بالدرجة التي تحصل عليها الأُم على المقياس المستخدم في الدراسة الحالية من إعداد الباحث.

٣- جودة الحياة الأسرية : Family Quality of Life

يعرف الباحث جودة الحياة الأسرية إجرائيًا في الدراسة الحالية بأنها: وعي الأم الإيجابي الذي ينعكس على مشاعرها التي تدفعها إلى استخدام الأساليب الفعالة لتقوية الروابط الأسرية وتدعيمها، والتعامل بإيجابية مع الضغوط الحياتية، والعمل على مناقشة المشكلات والسعي لحلها؛ مما يشعرها بالاستمتاع، ومساعدة أفراد الأسرة لتقبُل الابن المعاق لتقوية العلاقات الاجتماعية بينه وبين أفراد الأسرة والبيئة المحيطة، والرضا عن الحياة. ويستدل على ذلك بالدرجة التي تحصل عليها الأم على مقياس جودة الحياة الأسرية من إعداد الباحث.

سادساً: محددات الدراسة

تتحدد هذه الدراسة في ضوء ما يلي:

١ – منهج الدراسة:

اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج الوصفي الارتباطي للتعرف على العلاقة بين اتجاهات الأمهات نحو إعاقة أطفالهن المعاقين عقليًا وجودة الحياة الأسرية لهن. والمنهج التجريبي (تصميم المجموعة الواحدة) للتعرف على فعالية برنامج إرشادي لتعديل اتجاهات الأمهات نحو إعاقة أطفالهن المعاقين عقليًا وتأثيره على جودة الحياة الأسرية. والمنهج الإكلينيكي لدراسة حالتين طرفيتين ومحاولة تفسير كل من الارتفاع والانخفاض في اتجاهاتهما نحو إعاقة أطفالهما المعاقين عقليًا في القياس البعدي.

٢ – المحدد البشري:

تكونت مجموعة الدراسة الوصفية من (٦٢) أُمًا من أمهات الأطفال المعاقين عقليًا

القابلين للتعلم، ممن تتراوح أعمارهن الزمنية بين (٢٢-٤٢) سنة بمتوسط قدره ٣٢,٥٧ سنة وانحراف معياري ٥,٤٠. وتكونت مجموعة الدراسة التجريبية من (١٠) أمهات لأطفال معاقين عقليًا قابلين للتعلم ممن تتراوح أعمارهن الزمنية بين (٢٧-٤٠) سنة بمتوسط قدره ٣٢,٥ سنة وانحراف معياري ٤,٣٨ تم اختيارهن عمديًا من مجموعة الدراسة الوصفية، وتتراوح أعمار أطفالهن ما بين ٤-٦ سنوات، بمتوسط قدره ٥,٠٥ سنة وانحراف معياري ٠,٦٤٣، ويتراوح معامل ذكائهم بين (٥٦,٦٧ – ٧٠,٤) درجة على مقياس ستانفورد بينيه "الصورة الخامسة" بمتوسط ٦٣,١٠ وانحراف معياري ٤,٦٦ . وتكونت مجموعة الدراسة الإكلينيكية من أُم حاصلة على درجة مرتفعة في مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة في القياس البعدي، بالإضافة لِأُم حاصلة على درجة منخفضة على مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة في القياس البعدي.

٣- المحدد المكاني:

تم تطبيق جلسات البرنامج الإرشادي في إحدى حجرات مركز (IQ) لتنمية مهارات ذوي الاحتياجات الخاصة بكفر الشيخ.

٤- المحدد الزماني:

تم تطبيق البرنامج الإرشادي لتعديل اتجاهات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو إعاقة أطفالهن وتحسين جودة الحياة الأسرية في مدى زمني ثلاثة أشهر تقريبًا في الفترة من (٢٠١٩/٩/٢٢م حتى ٢٠١٩/١٢/١م)، بواقع ثلاث جلسات في الأسبوع، وتراوحت مدة الجلسة من (٦٠ – ٩٠) دقيقة وقد تتخللها فترة راحة حسب أهداف الجلسة، وقام الباحث بإجراء قياس تتبعي بعد مرور شهرين من انتهاء تطبيق البرنامج الإرشادي.

٥- أدوات الدراسة:

تضمنت الدراسة العديد من الأدوات السيكومترية والإكلينيكية، وتناولها الباحث كالتالي:

- **أدوات الدراسة السيكومترية، وتضم:**
  - استمارة بيانات أولية. (إعداد الباحث)
  - مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة. (إعداد الباحث)

- مقياس جودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا. (إعداد: الباحث)

- برنامج إرشادي لتعديل اتجاهات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو إعاقة أطفالهن لتحسين جودة الحياة الأسرية. (إعداد: الباحث)

- استمارة تقييم جلسات البرنامج الإرشادي. (إعداد: الباحث)

- **أدوات الدراسة الإكلينيكية، وتضم:**

- استمارة مقابلة شخصية. (إعداد: الباحث)

- اختبار تفهم الموضوع (TAT) إعداد موراي ومورجان (Murray& Murgan, 1935)

- اختبار تكملة الجمل الناقصة (إعداد: ساكس وليفي، ترجمة: أحمد عبد العزيز سلامة) (Sacks & Levy, 1950)

٦- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

استخدم الباحث الأساليب الإحصائية الآتية:

- الإحصاء الوصفي، ويتمثل في المتوسط الحسابي والانحراف المعياري.
- معامل ارتباط سبيرمان – براون وجيتمان.
- معادلة ألفا لكرونباخ.
- معامل ارتباط بيرسون.
- تحليل الانحدار متعدد الخطوات.
- اختبار ويلكوكسون وقيمة Z كأسلوب إحصائي لا بارامتري لاختبار دلالة الفروق لعينتين مرتبطتين، وذلك أثناء اختبار فروض الدراسة.
- معامل الارتباط الثنائي لرتب الأزواج المرتبطة (r_{prb}) لحساب حجم تأثير البرنامج على المتغيرات التابعة.



الإطار النظري ودراسات سابقة وفروض الدراسة

المحور الأول : الإعاقة العقلية

المحور الثاني : اتجاهات الأمهات نحو ولادة طفل معاق عقليًا

المحور الثالث : جودة الحياة الأسرية

المحور الرابع : الإرشاد الأسري ودوره في تعديل اتجاهات أمهات الأطفال المعاقين نحو الإعاقة وتحسين جودة الحياة الأسرية

فروض الدراسة

الفصل الثاني

الإطار النظري ودراسات سابقة وفروض الدراسة

تمهيد:

تناول هذا الفصل الإعاقة العقلية من حيث تعريفها، وتصنيفها، وتشخيصها، وطرق الوقاية من الإعاقة العقلية. وتناول اتجاهات الأمهات نحو ولادة طفل معاق عقليًا من حيث مفهوم الاتجاه، ومكوناته، واستجابة الأسرة لمولد طفل معاق عقليًا، وتصنيف الاتجاهات الوالدية، والاحتياجات الإرشادية لأسر الأطفال المعاقين عقليًا. وتناول جودة الحياة الأسرية من حيث مفهومها، ومكوناتها، والعوامل المؤثرة في جودة الحياة الأسرية، وجودة الحياة الأسرية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقليًا. كما تناول الإرشاد الأسري ودوره في تعديل اتجاهات أمهات الأطفال المعاقين نحو الإعاقة وتحسين جودة الحياة الأسرية. وانتهى الفصل بعرض فروض الدراسة، وذلك على النحو التالي:

المحور الأول: **الإعاقة العقلية Mental Disability**

عرف الإنسان الإعاقة العقلية منذ أقدم العصور، وتنتشر الإعاقة العقلية بين جميع الشعوب بغض النظر عن موقعها الجغرافي أو مستواها الاقتصادي والاجتماعي، كما يخضع مصطلح الإعاقة العقلية للتغيير المستمر للتخفيف من تأثير التسميات على آباء وأمهات هؤلاء الأطفال وكذلك تمشيًا مع النظرة الحديثة لمصطلح ذوي الاحتياجات الخاصة، فأُستخدم المصطلحان (تخلُّف عقلي) Mental Retardation و (متخلّف عقليًّا) Mentally Retarded في منتصف القرن العشرين لاستبدال مجموعة المصطلحات السابقة التي اعتبرت جارحة، ومع نهاية القرن العشرين صار ينظر إلى هذين المصطلحين على أنَّهما مذمّتان جارحتان يجب استبدالهما. وفي الوقت الحالي يفضل معظم الباحثين استخدام مصطلح Intellectual Disability (إعاقة ذهنية/ إعاقة فكرية)، حيث استخدم الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الخامس (2013) DMS- 5 الصادر عن الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين APA مصطلح إعاقة ذهنية Intellectual Disability، بينما استخدم التصنيف الدولي للأمراض الحادي عشر (2019) ICD-11 الصادر عن منظمة الصحة العالمية WHO مصطلح اضطراب النمو الذهني Intellectual Disorder Developmental ، ولا يزال مصطلح الإعاقة العقلية Mental Disability يستخدمه الأوساط الطبية المتخصصة حول العالم، وكذلك في أوراق البحث العلمي، وهو المصطلح الذي يتبناه الباحث في هذه الدراسة.

أولاً: تعريف الإعاقة العقلية:

تعددت التعريفات التي تناولت الإعاقة العقلية تبعًا لتنوع تخصصات الباحثين العلمية، ويعرض الباحث لأهم هذه التعريفات كالتالي:

١- التعريف الطبي:

يعد الاتجاه الطبي أول الاتجاهات التي ساهمت في تعريف الإعاقة العقلية، حيث يعرف الإعاقة العقلية بأنها: عدم اكتمال نضج الدماغ وخلاياه ومراكزه نتيجة الإصابة بمرض أو اختلال جيني أثناء الحمل لتعاطي الأم بعض الأدوية خاصة في الشهور الأولى من الحمل أو تعرضها للإشعاع أو الإدمان، أو لعوامل مؤثرة أثناء الولادة، أو بعدها (آمال عبد السميع باظة، ٢٠٠٩، ٨-٩).

وتعرف جمعية الأطباء الأمريكية الطفل المعاق عقليًا بأنه: الطفل الذي تقدر قدراته الذهنية بأقل من المتوسط، وتحدث الإعاقة له خلال فترة اكتمال الجنين حتى سن السادسة عشرة من عمره، ولديه نقص في النضج أو القابلية للتعلم، أو التكيف الاجتماعي منفردين أو مجتمعين، مما يجعله في حاجة إلى رعاية اجتماعية وطبية أو كليهما معًا (في: زينب محمود شقير، ٢٠٠٩ أ، ١٤).

يتضح مما سبق؛ أن التعريف الطبي للإعاقة العقلية يركز على العوامل الوراثية والفسيولوجية المسببة للإعاقة، كما يعتمد على وصف سلوك المعاق عقليًا في علاقته بإصابة عضوية، بحيث تؤثر الإصابة على ذكاء الفرد. ويعد التعريف الطبي من أقدم التعريفات التي وضعت للإعاقة العقلية، ورغم أهمية التعريف الطبي إلا أنه لا يمكن الاعتماد عليه فقط في التعرف على الإعاقة العقلية.

٢- التعريف النفسي:

وُضع التعريف النفسي للإعاقة العقلية نتيجة لظهور مقاييس الذكاء، ويشير شاهين رسلان (٢٠٠٩، ١١٧) أن الإعاقة العقلية تتمثل في القصور العقلي للفرد، أو توقف النمو العقلي للفرد أو عدم اكتماله نتيجة لعوامل وراثية أو بيئية، أو وراثية وبيئية معًا، ويُستدل على الإعاقة العقلية من نقص الذكاء لدرجة ٧٠ فأقل، وقصور في السلوك التكيفي، وتظهر قبل سن ١٨ عامًا.

ويشير عثمان لبيب فراج (٢٠١٢، ٣١) إلى أن الإعاقة العقلية هي نقص في درجة الذكاء نتيجة لتوقف نمو الذكاء بحيث يجعل الفرق بين الشخص المعاق عقليًا وبين الشخص العادي فرقًا في الدرجة وليس فرقًا في النوع.

وتعـرف الجمعيـة الأمريكيـة للأطبـاء النفسـيين فـي دليلهـا التشخيصـي الخـامس (DSM.5, 2013) الإعاقة الذهنية بأنها: اضطراب يبدأ خلال فترة التطور مشتملًا على العجـز فـي الأداء الـذهني والتكيفـي فـي مجـال المفـاهيم والمجـالات الاجتماعيـة والعمليـة (AmericanPsychiatric Association, 2013, 31) .

وفى ضوء ما سبق؛ يمكن تعريف الطفل المعاق عقليًا من الناحية النفسية بأنـه: الطفل الذي يقل ذكاؤه عن (٧٠ – ٧٥) درجة تبعًا لمقاييس الذكاء المعروفة في علم النفس.

٣- التعريف الاجتماعي:

يعتمد بعض علماء النفس على السلوك التكيفي كمحك أساسي للتعرف على الإعاقة العقليـة وتحديدها. حيث يعرف عبد الرحمن سيد سليمان (٢٠١٤، ٢٨٣) الإعاقـة العقليـة بأنها: ضعف القدرة على أداء الوظائف الأساسية باستقلال معتمدًا على الغير، ويعد الطفل معاقًا عقليًا إذا بلغ معامل ذكاؤه (٧٠) درجة أو أقل، وإذا بدأ قصوره واضحًا في التكيف أو القدرة الاجتماعية.

وبالتالي يُركز التعريف الاجتماعي للإعاقة العقلية على مدى نجاح أو فشل الفرد في الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه مقارنة بأقرانه من نفس عُمره.

٤- التعريف التربوي:

تعـرف الإعاقـة العقليـة طبقًـا لقـانون تحسـين التعلـيم للأفـراد ذوي الإعاقـات Individuals with Disabilities Education Improvement Act (IDEIA) لعـام ٢٠٠٤م بأنهـا: قصـور فـي الأداء العقلـي العـام دون المتوسط مـع قصـور فـي السـلوك التكيفـي، ويظهـر ذلـك خـلال فتـرة النمـو ممـا يـؤثر سـلبًا علـى أداء الطفـل التعليمـي (Westwood, 2010, 17) .

ويعرف فتحي مصطفى الزيات (٢٠٠٩، ٧٥) الأطفال المعاقين عقليًا بأنهم: الذين يمكنهم التعلم بمعدل بطـيء للغاية في جميع المجـالات الأكاديمية والاجتماعية والوظيفية على مدى حياتهم، وهذا معناه أنهم قادرون على التعلم، ولكن معدلات تعلمهم بطيئة للغاية في معظم أو جميع مظاهر حياتهم.

يتضح مما سبق؛ أن التعريفان التربويان السابقان ركزا في مضمونهما على معيار أساسي وحيد وهو مدى قصور الطفل المعاق عقليًا في الاستعداد للتحصيل الدراسي وقدرته على التعلم، والتدريب مقارنة بغيره من العاديين خلال سنوات الدراسة، غير أنه على الرغم

من أهمية هذا المحك إلا أنه لا يجب الاعتماد عليه بمفرده، بل يجب الأخذ بعين الاعتبار محكات أخرى حتى لا تدخل فئات أخرى إلى ضمن فئة الإعاقة العقلية كالمتأخرين دراسيًا، وذوي صعوبات التعلم.

٥- تعريف منظمة الصحة العالمية:

عرفت منظمة الصحة العالمية (١٩٩٩، ٢٣٨) في تصنيفها الدولي العاشر للأمراض (ICD-10) الإعاقة العقلية بأنها: حالة من توقف النمو العقلي أو عدم اكتماله يتميز بخلل في المهارات يظهر أثناء فترة النمو ويؤثر في المستوى العام للذكاء (القدرات المعرفية واللغوية والاجتماعية والحركية)، وقد تحدث الإعاقة العقلية مع أو بدون اضطراب نفسي أو جسمي آخر.

وعرف التصنيف الدولي الحادي عشر للأمراض (2019) ICD-11 الصادر عن منظمة الصحة العالمية WHO مصطلح اضطراب النمو الذهني بأنه: قصور واضح خلال فترة النمو في الأداء الفكري ويكون دون المتوسط، وقصور في السلوك التكيفي دون المتوسط بمعياريين أو أكثر، بناءً على الاختبارات المعيارية المطبقة بشكل فردي مناسب (In: McPherson et al., 2020, 24).

٦- تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقات الفكرية والنمائية:

يتبنى الباحث تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقات الفكرية والنمائية (AAIDD) المعروفة سابقًا باسم الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي The American Association of Mental Retardation (AAMR) حيث عرفت الإعاقة العقلية بأنها: قصور واضح في الأداء العقلي الوظيفي والسلوك التكيفي للفرد، والتي تظهر جليًا في المهارات التكيفية والاجتماعية والعملية ويظهر هذا القصور قبل سن ١٨ عامًا (Heward et al., 2019, 286).

يتضح مما سبق؛ أن الباحثين استخدموا العديد من المحكات للتعرف على ذوي الإعاقة العقلية، حيث أنها حالة متعددة الجوانب والأبعاد فيلاحظ تركيز الأطباء في تحديد مفهوم الإعاقة العقلية على تأثير الإصابة أو الأمراض التي تؤثر سلباً على القدرة العقلية للفرد، كما ينظر علماء الاجتماع إلى مفهوم الإعاقة العقلية من منظور نقص الكفاءة الاجتماعية كمحك أساسي للتعرف على ذوي الإعاقة العقلية، أما علماء التربية فقد حددوا الإعاقة العقلية من خلال قدرة الطفل على التعلم أو التحصيل، وأشاروا بأن ذوي الإعاقة العقلية غير قادرين على التحصيل الدراسي نتيجة لضعف قدراتهم العقلية.

وقد اتفقت التعريفات على أن الإعاقة العقلية مصطلح يشير إلى اضطراب في أداء الوظائف العقلية، يولد به الطفل نتيجة أسباب وراثية أو يتعرض له بعد الولادة نتيجة أسباب بيئية واجتماعية، ويتضح هذا الاضطراب في انخفاض معامل الذكاء، مع قصور في النضج العقلي والسلوك التكيفي ويظهر ذلك خلال فترة النمو؛ مما يؤثر على تحصيله الدراسي.

ثانيًا: تصنيفات الإعاقة العقلية:

تتنوع تصنيفات الإعاقة العقلية تنوعاً كبيراً نظراً للاختلاف والتباين الكبير في مستوى القدرات العقلية والنفسية والجسمية والاجتماعية للأفراد ذوي الإعاقة العقلية، وفيما يلي عرض لأهم هذه التصنيفات:

١- التصنيف الطبي (الإكلينيكي)

يمكن تقسيم التصنيف الطبي حسب توقيت حدوث الإعاقة، والمظهر الإكلينيكي للفرد ذوي الإعاقة، وفيما يلي توضيح ذلك:

أ- التصنيف حسب توقيت حدوث الإعاقة

يمكن تصنيف الإعاقة العقلية حسب توقيت حدوث الإعاقة إلى:

- **إعاقة عقلية تحدث قبل الولادة:** تحدث في فترة الحمل، وترجع إلى أسباب فسيولوجية واضطرابات كيميائية تنتقل من الوالدين إلى الجنين مثل العامل الريسيس (RH factor)، أو تعرض الأم للإشعاع، أو تعاطي الأم للكحوليات والعقاقير التي تعمل على التدخل في كفاءة الجهاز العصبي المركزي خصوصًا في الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل، أو إصابة الأم بالأمراض الفيروسية المعدية كالحصبة الألمانية أو الزهري.
- **إعاقة عقلية تحدث أثناء الولادة:** حيث يتعرض الجنين أثناء الولادة للإصابة كالاختناق، أو إصابة الدماغ من جراء استخدام أجهزة سحب الجنين من رحم الأم.
- **إعاقة عقلية تحدث بعد الولادة:** تحدث الإصابة نتيجة لبعض الأمراض كالالتهابات السحائية، وإصابات المخ نتيجة التسمم بأملاح الرصاص، أو أول أكسيد الكربون، أو الإصابات المباشرة للدماغ والناجمة عن الحوادث.

(عبد العزيز السيد الشخص، ٢٠٠٨، ٧٤-٧٥)

ب- التصنيف حسب المظهر الإكلينيكي للفرد ذوي الإعاقة

يمكن التعرف على بعض حالات الإعاقة العقلية من خلال المظهر العام، ومن هذه الحالات:

- متلازمة أعراض داون Dawn 's Syndrons
- القصاع (القزم) Cretinism
- استسقاء الدماغ Hydrocephaly
- كبر حجم الجمجمة Marcrocephaly
- صغر حجم الجمجمة Microcephaly

(وليد السيد خليفة، ومراد علي عيسى، ٢٠١٥، ٩٩)

ج- التصنيف السيكومتري

يعتمد على تصنيف ذوي الإعاقة العقلية بناءً على درجاتهم على اختبارات الذكاء، والقدرات العقلية، حيث تم تقسيم ذوي الإعاقة العقلية إلى:

- **المأفون أو المورون Morons**: يتراوح معامل ذكائهم بين (٥٠- ٧٠).
- **البلهاء Imbeciles**: يتراوح معامل ذكائهم بين (٢٥- ٤٩).
- **المعتوهون Idiots**: يقدر معامل ذكائهم بأقل من ٢٥ درجة.

(صالح حسن الداهري، ٢٠١٥، ٢٣٧)

د- التصنيف التكيفي

يعتمد التصنيف التكيفي على تحديد قدرة الفرد على التوافق الاجتماعي، والاعتماد على النفس في حياته اليومية، وبناءً على ذلك حددت الجمعية الأمريكية للإعاقات الفكرية والنمائية (AAIDD) أربع فئات للإعاقة هي:

- **الإعاقة الفكرية البسيطة (Mild)**: يتراوح معامل ذكائهم بين (٥٥- ٦٩) على مقاييس الذكاء المقننة، ويستخدم معظمهم الكلام لأغراض الحياة اليومية ولإجراء محادثات، وتبدو الصعوبات الرئيسية عادة في أداء الواجبات المدرسية، وكثير منهم تكون لديهم مشكلات في القراءة والكتابة، ويمكن مساعدتهم عن طريق التعليم المعد لتنمية مهاراتهم والتعويض عن إعاقاتهم، ومعظم الذين يقعون في المستويات الأعلى داخل هذه الفئة قادرين على العمل الذي يتطلب قدرات عملية أكثر من القدرات الأكاديمية، ويشمل ذلك الأعمال اليدوية، ولديهم مقدرة على العمل والحياة باستقلالية مع قدر بسيط من المساندة والمتابعة.
- **الإعاقة الفكرية المتوسطة (Moderate)**: يتراوح معامل ذكائهم بين (٤٠- ٥٤)، وأفراد هذه الفئة قابلون للتدريب على المهارات الحياتية والتكيف الاجتماعي، ويحتاجون لإشراف كامل في أعمالهم.
- **الإعاقة الفكرية الشديدة (Severe)**: يتراوح معامل ذكائهم بين (٢٥- ٣٩)، ويمتلك أفراد هذه الفئة مهارات تواصل محدودة، ولديهم درجات من العجز البدني مثل صعوبة الحركة

أو اضطرابات النطق والكلام، وتعتمد البرامج التربوية المقدمة لهم على تنمية المهارات الحياتية والتواصل، كما يحتاجون إلى الإشراف والمتابعة الكاملة في أعمالهم.

- **الإعاقة الفكرية الحادة (Profound):** يقدر معامل ذكائهم بأقل من ٢٥ درجة، يتسم أفراد هذه الفئة بدرجة ملحوظة من العجز، وهم في حاجة مستمرة للتدريب والمتابعة والرعاية المركزة. (آمال عبدالسميع باظة، ٢٠٠٩، ١٦؛ حمدي علي الفرماوي؛ ووليد النساج ٢٠١٠، ٤٢)

هـ- التصنيف التربوي

تصنف آمال عبد السميع باظة (٢٠٠٩، ١٥)، أحلام رجب عبد الغفار (٢٠٠٣، ١٢)، وعادل عبد الله محمد (٢٠٠٤، ١٠٦- ١٠٧) الأطفال ذوي الإعاقة العقلية من المنظور التربوي إلى ثلاثة مستويات وفقًا للمواقف التربوية، وذلك على النحو التالي:

- **الأطفال القابلون للتعلم Educable**: يتراوح معامل ذكائهم بين (٥٠- ٧٠)، وتستطيع هذه الفئة الاستفادة من البرامج التعليمية العادية ولكن بشكل بطيء، حيث يحتاجوا إلى برامج لتنمية مهاراتهم الاجتماعية، وتحسين العمليات المعرفية والمهنية لديهم، ويستطيع أفراد تلك الفئة الاعتماد على أنفسهم في مرحلة عمليات البيع والشراء والعمل اليدوي.
- **الأطفال القابلون للتدريب Trainable**: يتراوح معامل ذكاؤهم بين (٣٠- ٤٩)، ولا تستطيع تلك الفئة العناية بأنفسهم بدون مساعدة الآخرين، ويصعب عليهم فهم المعلومات الأكاديمية؛ لذلك ينخفض تحصيلهم الدراسي، ويمكن تدريبهم مهاريًا على بعض الأعمال البسيطة، وغالبيتهم ملتحقين بالقسم الداخلي بمدارس التربية الفكرية.
- **الأطفال غير القابلين للتعلم والتدريب (الاعتماديون) Uneducable or Untrainable (Custodial)** يقل معامل ذكاؤهم عن ٣٠ درجة، ولا تستطيع تلك الفئة الاعتماد على نفسها، حيث تحتاج رعاية خاصة وإشراف مستمر من الأسرة، ولديهم قصور في المهارات اللغوية والإدراك، وعجز في التناسق الحس حركي.

يتضح مما سبق؛ أن فئة الإعاقة العقلية البسيطة تقابلها فئة الأطفال ذوي الإعاقة العقلية القابلين للتعلم، وأن فئة الإعاقة العقلية المتوسطة تقابلها فئة الأطفال ذوي الإعاقة العقلية القابلين للتدريب، وأن فئة الإعاقة الشديدة والحادة تقابلها فئة الأطفال ذوي الإعاقة العقلية الاعتماديين؛ وبالتالي تقع مجموعة الدراسة الحالية ضمن فئة الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة القابلين للتعلم.

ثالثًا: تشخيص الإعاقة العقلية

نظـرًا لتعـدد تعريفـات وتصـنيفات الإعاقـة العقليـة وتـداخل أسـبابها؛ فـإن عمليـة التشـخيص فـي غايـة الأهميـة ويجـب أن تـتم بصـورة تكامليـة مـن خـلال فريـق متعـدد التخصصات؛ لأن الحكم على الطفل بالإعاقة العقلية يؤثر تأثيرًا كبيرًا على مستقبل الطفل من حيث نوع تعليمه وتأهيله.

حـدد الـدليل التشخيصـي والإحصـائي للاضـطرابات العقليـة الخـامس ثلاثـة معـايير لتشخيص ذوي الإعاقة العقلية، وهي:

١- القصـور فـي الوظـائف الذهنيـة مثـل: التفكيـر، وحـل المشـكلات، والتخطـيط، والتفكيـر التجريدي، والتعلم الأكاديمي، والتعلم من التجربة، والتي أكدها كل من التقييم السريري واختبار الذكاء المعياري الفردي.

٢- القصور في وظائف التكيف: يؤدي إلى الفشل في تلبية المعايير التطورية والاجتماعية والثقافيـة لاسـتقلال الشخصـية والمسؤولية الاجتماعيـة، ودون الـدعم الخـارجي المسـتمر، فـالعجز فـي التكيـف يحد من الأداء فـي واحد أو أكثـر من أنشطة الحيـاة اليوميـة مثل التواصـل، والمشـاركة الاجتماعيـة، والحيـاة المسـتقلة، عبـر بيئـات متعـددة، مثـل المنـزل والمدرسة والعمل والمجتمع.

٣- بداية العجز الذهني والتكيفي خلال فترة التطور.

(AmericanPsychiatric Association, 2013, 33)

وحـدد فـاروق الروسـان (٢٠١٨، ٣٧) أربعـة أبعـاد لتشـخيص ذوي الإعاقـة العقليـة، كالتالي:

١- **البُعد الطبـي**: من خـلال إجراء فحوصـات طبيـة علـى حـواس الطفل، وتقديم تقرير طبـي يشمل نتائج الفحوصات الطبية، وتاريخ الحالة الوراثي، وظروف فترة الحمل والولادة وما ترتب عليها.

٢- **البُعد السيكومتري**: من خلال قياس القدرة العقلية العامة بمقاييس ذكاء ذات صدق وثبات عالية مثل مقياس ستانفورد بينيه، ومقياس وكسلر، ومقياس جودانف، ومقياس الذكاء المصور، وغيرها من مقاييس القدرة العقلية.

٣- **البُعد الاجتماعي:** يتم من خلاله تحديد مستويات النضج الاجتماعي والسلوك التكيفي للطفل ومدى اعتماده على الآخرين باستخدام مقاييس مثل مقياس فينلاند للنضج الاجتماعي، ومقياس الجمعية الأمريكية للإعاقة الفكرية والنمائية، ومقياس كين ولفين للكفاية الاجتماعية.

٤- **البُعد التربوي:** يهتم بتقييم الطفل ذوي الإعاقة العقلية تربويًا وتحصيليًا، لتحديد مدى قدرته على التعلم، وذلك من خلال مقاييس المهارات اللغوية، ومهارات القراءة، ومهارات الكتابة، والمهارات العددية.

وللتحقق من إعاقة الطفل ينبغي تطبيق أحد مقاييس السلوك التكيفي كمرحلة أولى، وإذا وجد قصور في السلوك التكيفي للطفل فيجب تطبيق أحد مقاييس ذكاء الأطفال كمرحلة ثانية حتى يتم التحقق من معامل ذكاء الطفل دون المتوسط، وبذلك يتم تشخيص الحالة بأنها تعاني من إعاقة عقلية؛ وبناءً على ذلك يأخذ الباحث بالاتجاه التكاملي –عند تشخيص الأفراد ذوي الإعاقة العقلية– الذي يجمع بين التشخيص الطبي، والسيكومتري، والاجتماعي، والتربوي في تشخيص الأطفال ذوي الإعاقة العقلية، مع عدم إغفال جوانب ومظاهر القوة التي يتمتع بها الطفل ذوي الإعاقة العقلية عند إجراء التشخيص، حيث يعد تشخيص الإعاقة العقلية الحجر الأساسي لتقديم الرعاية وبناء البرامج التعليمية والعلاجية للأطفال ذوي الإعاقة العقلية.

رابعًا: طرق الوقاية من الإعاقة العقلية:

يعد المدخل الوقائي أفضل من المدخل العلاجي؛ لأن الوقاية لا تحتاج إلى الجهد والمال والوقت الذي يحتاجه العلاج.

يصنف أحمد عكاشة وطارق عكاشة (٢٠١٨، ٨٥٤- ٨٦٥)، فوزية عبد الله الجلامدة (٢٠١٧، ٣٠- ٣١)، ومنى الحديدي وآخرون (٢٠٠٩، ١٢٠- ١٢١) إجراءات الوقاية من الإعاقة العقلية إلى ثلاثة مستويات، كالتالي:

- **المستوى الأول:**

يهتم بتخفيض معدل حدوث الإعاقة العقلية بالوقاية من العوامل المسببة للإعاقة العقلية، وتعد الأسرة هي المسؤولة عن توفير الجو الصحي والانفعالي الملائم لإنجاب أطفال

أسوياء، فالعناية بصحة الأم والتغذية المناسبة أثناء فترة الحمل، وعدم التعرض للعقاقير والكحول والتدخين، والرغبة في الإنجاب، من أهم الأمور التي تهيئ الظروف النفسية والصحية اللازمة لولادة طفل سليم خالٍ من المشكلات، كما تلعب الاستشارات الوراثية دورًا مهمًا في توقع حدوث مشكلة خلقية قبل حدوثها مثل متلازمة أعراض داون، بالإضافة إلى الكشف عن السائل الموجود حول الجنين للاكتشاف المبكر لتشوهات الكروموزومات المسؤولة عن أعراض متلازمة داون.

- **المستوى الثاني:**

يهتم بالتعرف والتشخيص المبكر للإعاقة العقلية، واتخاذ الترتيبات والإجراءات اللازمة لتصحيح حالة العجز، وتعد الأسرة -خاصة الأم- هي العنصر المهم في ملاحظة مظاهر نمو الطفل، والتعرف على الصعوبات والمشاكل التي يواجهها كتأخر النمو الحركي أو النطقي أو اللغوي أو الحسي أو العقلي، وعند ملاحظة الأم لهذه الصعوبات يجب أن تعرض الطفل مباشرة على الأطباء المختصين للكشف عن المشكلة وتشخيصها وتقييمها؛ وبناءً على ذلك يشخص الطفل بأنه ذوي إعاقة من عدمه، لذلك تحتاج أسر الأطفال ذوي الإعاقة العقلية إلى المساندة والنصح والمساعدة للوصول لأفضل الطرق للتعامل مع مشكلات طفلهم ذوي الإعاقة.

- **المستوى الثالث:**

يهتم بتوفير البرامج والخدمات الصحية والتأهيلية اللازمة لضمان عدم استمرار حالة العجز وزيادة حدتها وشدتها. ولكي تتجنب الأسرة المضاعفات التي قد تنشأ عن إعاقة الطفل وزيادة حدتها؛ فيجب عليها البحث مبكرًا عن المؤسسات والخدمات والبرامج التي تتناسب مع إعاقة الطفل من أجل بدء عمليات التأهيل اللازمة.

يتضح مما سبق؛ أن الأسرة هي حجر الزاوية الأساسي في الوقاية من الإعاقة العقلية. فلها دور أساسي في توفير الجو الصحي والانفعالي السليم لإنجاب طفل سوي، والتعرف المبكر للمشكلات التي يواجها الطفل، بالإضافة إلى التعاون مع مؤسسات رعاية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة أثناء مراحل عملية التأهيل.

المحور الثاني: **اتجاهات الأمهات نحو ولادة طفل معاق عقلياً**:

ينتظر أفراد الأسرة – خصوصًا الأم والأب– مولد طفلاً جميلاً وسليمًا من جميع الجوانب، ولكن تأتي الصدمة الكبرى عند مولد طفل معاق عقليًا. ويعد مولد طفل معاق عقليًا في الأسرة حدثًا ضاغطًا، حيث يُحدث إزعاجًا كبيرًا لكافة أفراد الأسرة تقريبًا؛ لأنه يمثل حدثًا غير متوقع، في ظل قلة خبرة أفراد الأسرة بطبيعة الإعاقة، كما يحدث تغير في وظائف وأدوار الأسرة التي لديها طفل معاق، كما يتأثر الجانب الاقتصادي والاجتماعي والنفسي للأسرة، وتحتاج الأسرة إلى وقت حتى تتكيف مع هذه التغيرات التي طرأت على وظائفها وأدوارها (Staunton et al., 2020).

وتلعب الاتجاهات دورًا كبيرًا في التنشئة الاجتماعية، وفي تفسير السلوك الحالي والتنبؤ بالسلوك المستقبلي للفرد والجماعات، وفي تحديد وتوجيه سلوك الأفراد نحو الآخرين في مجالات الحياة المختلفة.

أولاً: مفهوم الاتجاه: Attitude

اختلف الباحثون في تعريف الاتجاه، وذلك تبعًا للميدان الذي يعمل به الباحث، ويعرض الباحث بعض من هذه التعريفات كالتالي:

يعرف جابر عبد الحميد جابر، وعلاء الدين كفافي (١٩٨٨، ٢٩٥) الاتجاه بأنه: ميل ثابت أو تهيؤ للاستجابة بطريقة معينة إزاء شخص أو جماعة أو فكرة، والاتجاه نتاج مركب للتعلم والخبرة والعمليات الانفعالية.

وتعرف آمال جودة (٢٠٠١، ١٦) الاتجاه بأنه: عبارة عن استعداد مكتسب يتسم بالاستقرار والثبات إلى حد ما لمعارف الشخص، ومشاعره، وسلوكه إزاء موضوعات، أو قضايا معينة، ويتمثل في درجات من القبول أو الحياد أو الرفض تجاه هذه الموضوعات والقضايا.

ويعرف ترستون الاتجاه بأنه مجموع ميول الفرد وانحيازاته مع أفكاره ومخاوفه نحو موضوع معين أو ضده (في: مصطفى نوري القمش، ٢٠١٥، ٧٦).

ويشبه أحمد المحاميد (٢٠٠٣) الاتجاه بأنه خطًا مستقيمًا يمتد بين نقطتين الأولى تمثل أقصى القبول للموضوع الذي يرتبط بالاتجاه، والثانية تمثل الرفض لهذا الموضوع، والمسافة الموجودة بينهما تقسمها نقطة الحياد التام.

وبتحليل التعريفات السابقة؛ يستخلص الباحث أهم خصائص الاتجاهات كالتالي:

- الاتجاه مكتسب وليس فطريًا، وبالتالي يمكن تعديله في ضوء الخبرات الجديدة.
- الاتجاه ثابت نسبيًا، وعلى الرغم من ذلك يمكن تعديله حسب ظروف معينة.
- يتكون الاتجاه نتيجة تأثر الشخص بالمثيرات العديدة التي تصدر عن اتصاله بالبيئة، ونتيجة لخبراته ومعارفه.
- تتخذ الاستجابة لموضوع الاتجاه شكلاً إيجابيًا أو سلبيًا، حيث يقع الاتجاه بين نقطتين على خط مستقيم.
- يتضمن الاتجاه عنصرًا انفعاليًا يعبر عن تقييم الشخص ومدى استجابته الانفعالية لموضوع الاتجاه، ويتضمن عنصرًا عقليًا يعبر عن أفكار ومعتقدات الشخص عن موضوع الاتجاه، كما يتضمن عنصرًا سلوكيًا يعبر عن سلوك الشخص الظاهر الموجه نحو موضوع الاتجاه، ويعد الاتجاه نتاجًا للخبرات السابقة للشخص، ويرتبط بالسلوك الحاضر للشخص، ويشير إلى سلوك الشخص في المستقبل.

وبناءً على ما سبق؛ يعرف الباحث اتجاه الأمهات نحو أطفالهن المعاقين عقليًا بأنه: الاستعداد العقلي والوجداني المكتسب والثابت نسبيًا لدى أم الطفل المعاق عقليًا، والذي يحدد سلوكها واستجابتها نحو طفلها المعاق عقليًا سواء بالقبول أو بالرفض، والذي ينعكس بدوره على قبول الأُم أو رفضها لطفلها المعاق.

ثانيًا: مكونات الاتجاهات: The Components of Attitude

توضح سناء حسن عماشة (٢٠١٠، ٣٠-٣١)، (Maio et al. (2016, 116, 140, 168 أن الاتجاه يحتوي على ثلاثة مكونات أساسية، هي:

١- المكون المعرفي Cognitive Component

يشير إلى العمليات العقلية التي ترتبط بنمطية التفكير لدى الشخص حول موضوع الاتجاه، والمبنية على ما يعتقد فيه من نظام للقيم، وما يؤمن به من آراء ووجهات نظر اكتسبها من خبراته السابقة مع مثيرات هذا الموضوع.

٢- المكون الوجداني Affective Component

يشير إلى قوة الانفعالات التي ترتبط بوجدان الشخص تجاه موضوع الاتجاه، حيث قد يتضمن مشاعر وأحاسيس تكون إيجابية أو سلبية.

٣- المكون السلوكي Behavioral Component

يشير إلى استجابة الشخص نحو موضوع الاتجاه بطريقة ما وفقًا للاتجاه الذي يتبناه، ويعد الجانب السلوكي بمثابة المحصلة النهائية لتفكير الإنسان وانفعالاته، والتي يترجمها على شكل سلوك إجرائي لفظي، أو حركي مكونة الاتجاه العام سواء السلبي أو الإيجابي.

ويعرض عبد اللطيف محمد خليفة وعبد المنعم شحاته محمود (١٩٩٤، ١٠) أنموذجًا يوضح الاتساق بين مكونات الاتجاه الثلاثة كالتالي:

- عندما يكتسب الشخص معلومات ومعارف جديدة أو تغيير في المعارف القديمة؛ فيؤدي ذلك إلى تغير في المشاعر أو الوجدان. المعارف (C) ← الوجدان (A)
- عندما تكون معارف الشخص ومشاعره نحو موضوع ما إيجابية؛ فإنه سيسلك نحوه بشكل إيجابي. المعارف (C) + الوجدان (A) ← السلوك (B)
- يمكن أن يترتب على مشاعر جديدة أو تغير مشاعر قديمة حدوث تغير في المعارف.
  الوجدان (A) ← المعارف (C)
- يمكن أن يؤدي سلوك جديد أو تغير سلوك قديم إلى تغير في كل من الوجدان والمعارف.
  السلوك (B) ← الوجدان (A) + المعارف (C)

ومن هنا فإن الاتجاه نحو الأبناء المعاقين عقليًا يتكون من المكونات الأساسية الثلاثة، الأول المكون المعرفي المتمثل في المعرفة والخبرة المتراكمة لدى الأمهات عن أطفالهن المعاقين عقليًا، والتي تشمل المدركات والمفاهيم والمعتقدات والتوقعات؛ لذلك ركز البرنامج- الإرشادي على المعتقدات السابقة السلبية وإقامة مفاهيم ومعتقدات جديدة إيجابية مبنية على أسس علمية، والمكون الثاني المتمثل في النواحي الوجدانية والعاطفية التي تتعلق بالابن المعاق عقليًا؛ ولأن هذا المكون هو لُب الاتجاه فلذلك ركز الباحث عليه من أجل تعديل اتجاهات الأمهات نحو إعاقة أبنائهن، بحيث يهدف البرنامج الإرشادي لتعديل النواحي العاطفية والوجدانية التي تتعلق بالأبناء المعاقين عقليًا وتحويلها من الجانب السلبي إلى الجانب الإيجابي، أما المكون الثالث للاتجاه والمتمثل في المكون السلوكي وهو نتاج لما تم تنفيذه في المكونين السابقين بحيث تقوم الأمهات بتقبل أبنائهن المعاقين عقليًا كما هم.

ويضيف سعد عبد الرحمن (٢٠٠٨، ٣٧٦) مكونًا رابعًا بجانب المكونات الثلاثة السابقة، حيث يشير إلى أن الاتجاه النفسي يتكون من أربعة مكونات أساسية تتفاعل مع بعضها لتكوِّن الشكل العام للاتجاه، وهي المكون الإدراكي، والمعرفي، والانفعالي، والسلوكي،

ويعرف المكون الإدراكي بأنه: مجموع العناصر التي تساعد الشخص على إدراك الموقف الاجتماعي (المثير الخارجي)، ويعد المكون الإدراكي الأساس العام لبقية المكونات.

ثالثًا: استجابة الأسرة لمولد طفل معاق عقليًا:

يشير وليد السيد خليفة، ومراد علي عيسى (٢٠١٥، ١٢٩) إلى أن استجابة أسرة الطفل ذوي الإعاقة العقلية تمر بثلاث مراحل، هي:

١- **مرحلة الصدمة والإنكار:** يعيش الوالدان أزمة في المشاعر والانفعالات، ويشعر الوالدان بالصدمة والإنكار وعدم تصديق إعاقة طفلهما.

٢- **مرحلة الغضب والشعور بالذنب:** يشعر الوالدان بالغضب والشعور بالذنب والاكتئاب، والخجل، وتدني مستوى تقدير الذات، وإهمال الطفل أو حمايته الحماية الزائدة، وتتصف مشاعر الوالدان في هذه المرحلة بالتذبذب والتقلب.

٣- **مرحلة الاعتراف بالإعاقة:** في هذه المرحلة يعترف الوالدان بإعاقة الطفل أو عجزه، ويتقبلا الواقع كما هو.

ويشير علاء الدين كفافي (٢٠١٥، ٢٧٨- ٢٨٠) أن استجابة أسرة الطفل ذوي الإعاقة العقلية تمر بخمس مراحل كالتالي:

١- **مرحلة الصدمة:** يشعر الوالدان بالصدمة بمجرد علمهما بوجود إعاقة لدى الطفل سواء أثناء حمل الأم، أو بمجرد مولد الطفل ذوي الإعاقة، والذي يسبب الصدمة هي الفجوة بين التوقع والواقع، فالوالدان يتوقعان طفلاً جميلًا مكتمل القدرات إلا أن الواقع يوقظهما من الحلم الجميل على طفل يعاني من مشكلات جسمية أو عقلية أو حسية.

٢- **مرحلة الإنكار والشك:** غالبًا ما يتبع الشعور بالصدمة إنكار لهذا الواقع الصادم وعدم تصديقه، والشك في صحة التشخيص.

٣- **مرحلة الانفعالات العنيفة:** يفيق الوالدان من الصدمة وإنكار إعاقة طفلهما، وتتسم هذه المرحلة بالحزن الشديد وعدم الرضا بما حدث، والتساؤل عن سبب الإعاقة؟ وكيف حدثت؟ ولماذا هما بالذات؟ وما الحكمة في ذلك؟ وكيف يتصرفا مع الطفل؟ وما مستقبله؟

٤- **مرحلة التكيف وقبول الأمر الواقع:** تأتي هذه المرحلة بعد شعور الوالدين بالحزن والقلق وعدم الرضا عن الحياة، وقد تطول أو تقصر مرحلة التكيف عند بعض الأسر، ويتوقف ذلك على

بعض العوامل منها: شخصية الوالدين ودرجة إيمانهما بقضاء الله وقدره، ومدى المعلومات المتاحة لهما عن أسباب الإعاقة وأساليب مواجهتها وعلى تصورهما لمستقبل الطفل.

٥- **مرحلة البحث عن الخدمات:** من أهم الخدمات التي تحتاجها أسرة الطفل ذوي الإعاقة العقلية، الخدمات الطبية والرعاية الصحية والكشف المبكر عن الإعاقة، والعلاج الطبيعي للأطفال الذين يعانون من قصور في الأطراف، وخدمات التخاطب، وتعديل السلوك، ومدارس التربية الفكرية لذوي الإعاقة العقلية أو الدمج في المدارس العامة، وخدمة التأهيل والتوظيف.

يتضح مما سبق؛ أن مرحلة الصدمة ومرحلة الإنكار لا يستمران طويلًا، حيث يفيق الوالدان من الواقع المُر الذي عليهما أن يتجرعاه أو يعترفا به، أما مرحلة الانفعالات فقد تطول عند بعض الأسر وقد تقصر عند بعض الأسر الأخرى حتى تصل الأسرة إلى مرحلة التكيف وقبول الأمر الواقع، حيث تكيف الأسرة نفسها وأوضاعها مع الواقع، وتبحث عن خدمات تساعدها على الحد من أعباء وجود طفل ذوي إعاقة عقلية في الأسرة.

رابعًا: تصنيف الاتجاهات الوالدية:

تعرف نهى يوسف اللحامي (١٩٨٤، ١٣٧) الاتجاهات الوالدية بأنها: كل ما يراه أو يمارسه أفراد الأسرة من أساليب متنوعة في معاملة المعاق عقليًا في مواقف حياتهم المختلفة. وبناءً على ذلك تصنف الاتجاهات الوالدية إلى: التقبل، الإهمال، التفرقة، الرفض، والحماية.

ويصنف محمد عماد الدين إسماعيل، ورشدي فام منصور (١٩٨٦) الاتجاهات الوالدية إلى: التسلط، الحماية الزائدة، الإهمال، التدليل، القسوة، آثار الألم النفسي، التذبذب، التفرقة، السواء، والكذب.

ويصنف جمال مختار حمزة (١٩٩٢) الاتجاه نحو المعاق عقليًا إلى: فهم طبيعة الإعاقة العقلية، التفاؤل في مقابل التشاؤم بمستقبل الطفل المعوق، التقبل في مقابل النبذ، الثبات في مقابل التذبذب، والمساواة في مقابل التفرقة.

ويصنف عبد المطلب أمين القريطي (١٩٩٥) الاتجاهات نحو المعاقين عقليًا إلى: الاتجاه نحو خصائص المعاقين وقيمتهم، الاتجاه نحو تكوين العلاقات والتفاعل الاجتماعي مع المعاقين، والاتجاه نحو رعاية المعاقين وتعليمهم.

وتصنف ميرفت رجب صابر (٢٠٠٠) اتجاهات الأم نحو طفلها المعاق عقليًا إلى: القبول، الرفض، التشدد والقسوة، التسامح، الإهمال، والحماية الزائدة.

وبناءً على ما سبق؛ يصنف الباحث اتجاه الأمهات نحو أطفالهن المعاقين عقليًا إلى:

١- **التقبل في مقابل الرفض:** يُعبر **التقبل** عن اتجاه إيجابي في معاملة الأم للطفل المعاق عقليًا بطريقة إيجابية على أساس الفهم لواقع المشكلة التي يواجهها الطفل فتتقبله، وتنظر إلى مشكلته على أنه ليس له ذنب فيها ويحتاج إلى مساعدة بشأنها. وذلك في مقابل **الرفض** كاتجاه سلبي في تعامل الأم مع الابن على نحو يجعله يشعر أنه غير مرغوب فيه، وأن سلوكه يثير مشكلة كبيرة بالنسبة للأسرة ويحملها متاعب كثيرة.

٢- **المساواة في مقابل التفرقة:** تعبر **المساواة** عن اتجاه إيجابي من جانب الأم، يقوم على معاملة الأبناء بالعدالة وعدم التمييز بينهم. وذلك في مقابل **التفرقة** كاتجاه سلبي من جانب الأم يقوم على التمييز أو المفاضلة وعدم المساواة لأي اعتبار من اعتبارات التفرقة بين الأبناء.

٣- **الحنان في مقابل القسوة:** يعبر **الحنان** عن اتجاه إيجابي في معاملة الأم للابن على أساس من العطف والرحمة والود. وذلك في مقابل **القسوة** كاتجاه سلبي في استخدام الأم للأساليب التي تتسم بالعنف والقهر والضغط.

٤- **الاعتدال في مقابل التدليل:** يعبر **الاعتدال** عن اتجاه إيجابي في معاملة الأم للابن، ويقوم على الاتزان والحكمة في معاملة الأبناء. وذلك في مقابل **التدليل** كاتجاه سلبي في معاملة الأم للابن يقوم على الإفراط في تلبية رغباته ومطالبه، وعلى إعطائه عطفاً وحُباً زائدين دون تحمل للمسئولية.

خامسًا: الاحتياجات الإرشادية لأسر الأطفال المعاقين عقليًا:

بناءً على العرض السابق لاستجابة الأسرة لمولد طفل ذوي إعاقة عقلية واتجاهاتها نحو الابن ذوي الإعاقة العقلية؛ يتضح أن أسر الأطفال ذوي الإعاقة العقلية في أشد الحاجة إلى العديد من الاحتياجات الإرشادية، ويمكن حصر أهم الاحتياجات الإرشادية لأسر الأطفال ذوي الإعاقة العقلية في أربعة احتياجات أساسية كالتالي:

١- احتياجات معرفية، تتمثل في:

- الحاجة إلى معرفة معلومات عن إعاقة الطفل، من حيث طبيعة الإعاقة، وأسباب الإعاقة، وخصائص الطفل المعاق عقليًا، وأهم احتياجاته.
- الحاجة إلى معرفة مصادر الخدمات الصحية والتعليمية والتدريبية والتأهيلية، وأوجه الدعم المختلفة.

- الحاجة إلى معرفة آثار الإعاقة على جوانب نمو الطفل، ومتطلبات هذا النمو.
- الحاجة إلى معرفة البرامج التدريبية المتوفرة المناسبة لإعاقة الطفل.

٢- احتياجات سلوكية (مهارية)، تتمثل في:

- الحاجة إلى اكتساب مهارات فعالة لرعاية الطفل، والتعامل مع مشكلاته ومتطلبات حياته اليومية.
- الحاجة إلى التواصل المستمر مع الأخصائيين لمتابعة حالة الطفل، والاستفسار على بعض الأسئلة.
- الحاجة إلى التدريب على مهارة الاسترخاء، والترويح من وقت لآخر؛ نتيجة لما تتحمله أسر المعاق عقليًا من أعباء في رعاية الطفل.

٣- احتياجات مادية

تتمثل في الحاجة إلى الدعم المالي لشراء مستلزمات الطفل ذوي الإعاقة العقلية من أدوية، وجلسات تخاطب، ووسائل تعليمية وترفيهية (عمر فواز عبد العزيز، ٢٠١٢، ٨٠٣).

٤- احتياجات نفسية واجتماعية

تشير نتائج دراسة إبراهيم أمين القريوتي (٢٠٠٩)، ودراسة عمر فواز عبد العزيز (٢٠١٢) إلى أن أسر الأطفال ذوي الإعاقة العقلية يحتاجون لدعم نفسي واجتماعي، وتتمثل الحاجات النفسية والاجتماعية لأسر الأطفال ذوي الإعاقة العقلية في الحاجة إلى الدعم المعنوي من الأقارب والأصدقاء والمجتمع بشكل عام لتخفيف الضغوط النفسية التي تتعرض لها الأسرة، والحاجة إلى وجود برامج إرشادية متخصصة في الدعم الأسري، والحاجة إلى تفعيل برامج موجهة عبر الوسائل الإعلامية لتوعية المجتمع بفئة ذوي الإعاقة العقلية وأسرهم.

وبناءً على ذلك يقدم البرنامج الإرشادي المستخدم في هذه الدراسة لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية لتعريفهن بمفهوم الإعاقة العقلية، وتصنيفها، وأسباب حدوثها، وخصائص ذوي الإعاقة، وحاجات الابن ذوي الإعاقة وكيفية إشباعها، وتغيير نظرتهن لأنفسهن ولأبنائهن، وتعديل بعض الأفكار غير العقلانية والتدريب على مهارة الاسترخاء، وتعريف الأمهات على أهم البرامج المقدمة لأبنائهن، وتدريبهن على استخدام جداول النشاط المصورة مع أبنائهن.

شهدت السنوات الأخيرة اهتماماً متزايدًا في مجال علم النفس بدراسة مفهوم جودة الحياة والمتغيرات الإيجابية المرتبطة به مثل: الرضا عن الحياة، والسعادة، ومعنى الحياة، والرفاهية، وذلك في إطار علم النفس الإيجابي، الذي يبحث في الجوانب الإيجابية في حياة الفرد والمجتمع ليصل بهما إلى الرفاهية، بعد أن تجاهل علماء النفس لسنوات طويلة الجوانب الإيجابية لدى الإنسان وكان غالبية اهتمامهم بالجوانب السلبية.

حيث كان الاهتمام بالقضايا الأسرية مرتكزًا على التأثير السلبي لوجود ذوي الإعاقة على الأسرة مثل زيادة الضغوط والقلق؛ ولكن بدلًا من البحث في سبب وعلاج الضغوط فإن مركز "بيتش" Beach centre يدعو إلى اتباع نهج أكثر إيجابية، فتبنى باحثو مركز "بيتش" للإعاقة برنامج بحث عُرِف بـ "جودة الحياة" على نطاق واسع وبصورة شاملة مستندًا على جميع أفراد الأسرة، وهذا التركيز نتيجة للسياسات الجديدة التي تؤكد على أهمية الإقامة مع الأسرة والتفاعل مع المجتمع بدلًا من الإقامة في المؤسسات والملاجئ، حيث تؤدي الأسرة الآن دورًا مهمًا ومستمرًا أكثر من أي وقت مضى في حياة أي فرد معاق من أفرادها، وتستند جودة الحياة الأسرية اليوم على مبدأ أن حياة الأفراد المعاقين تتحسن عندما يتم دعم الاحتياجات الفردية لجميع أفراد الأسرة (Chiu et al., 2017, 374).

أولاً: مفهوم جودة الحياة الأسرية

اختلف الباحثون باختلاف تخصصاتهم واهتماماتهم البحثية حول مفهوم جودة الحياة؛ ولذلك ظهرت وجهات نظر متعددة كلٍ حسب تخصصه، كما اختلفت الترجمات الخاصة بمصطلح Quality of Life ما بين جودة الحياة ونوعية الحياة، وتبنى الباحث مصطلح جودة الحياة مع الإشارة للترجمات الأخرى، ويمكن توضيح أهم المفاهيم التي تناولت جودة الحياة على النحو التالي:

تعرف منظمة الصحة العالمية (WHOQOL Group, 1995, 1403) جودة الحياة بأنها: إدراك الفرد لمكانته في الحياة ضمن سياق الثقافة وأنساق القيم التي يعيش فيها، ومدى تطابق أو صعوبة تطابق ذلك مع كل من: أهدافه، وتوقعاته، وقيمه، واهتماماته المتعلقة بصحته البدنية، وحالته النفسية، ومستوى استقلاليته، وعلاقاته الاجتماعية، واعتقاداته الشخصية، وعلاقته بالبيئة بصفة عامة.

ويشير حسام الدين عزب (٢٠٠٤، ٦٠١) أن جودة الحياة تُعَدُّ مثل أعلى يصبو إليه كل فرد على أمل أن يحققها بشكل أو بآخر، ولكن لا ينجح في استكمال مكوناتها أحد، فالكل يمكن أن يحقق درجة منها أو أخرى. كما لا ترتبط جودة الحياة بثراء أو فقر، ولا بعِلم أو جهل، ولا بمنصب أو جاه، فقد ينعم فقير يعيش في كوخ بسيط ويحصل على قوت يومه بالكاد هو وأسرته بجانب وفير من الشعور بجودة الحياة، وقد يُحرم منه ثري ذي حسب ونسب وجاه.

ويعرف عادل عز الدين الأشول (٢٠٠٥، ٣) الشعور بجودة الحياة بأنه: درجة الرُقي في مستوى الخدمات الاجتماعية والمادية التي تقدم لأفراد المجتمع، وإدراك هؤلاء الأفراد لقدرة الخدمات على إشباع حاجاتهم المختلفة، ولا يمكن أن يدرك الفرد جودة الخدمات التي تقدم له بمعزل عن الأفراد الذين يتفاعل معهم من أشقاء وأصدقاء وأقارب، أي أن جودة الحياة ترتبط بالبيئة المادية، والنفسية، والاجتماعية التي يعيش فيها الفرد.

وتعرفه زينب محمود شقير (٢٠٠٩ أ، ٦) بأن يعيش الفرد في حالة جيدة متمتعًا بصحة بدنية وعقلية وانفعالية على درجة من القبول والرضا، وأن يكون قوي الإرادة، صامدًا أمام الضغوط التي تواجهه، ذو كفاءة ذاتية واجتماعية عالية، راضيًا عن حياته الأسرية والمهنية والمجتمعية، محققًا لحاجاته وطموحاته، واثقًا من نفسه غير مغرور ومقدرًا لذاته بما يجعله يعيش شعور السعادة، وبما يشجعه ويدفعه لأن يكون متفائلاً لحاضره ومستقبله، ومتمسكًا بقيمه الدينية والخلقية والاجتماعية.

ويعرفه محمود عبد الحليم منسي، وعلى مهدي كاظم (٢٠١٠، ٤٤) بأنه: شعور الشخص بالرضا والسعادة وقدرته على إشباع حاجاته من خلال ثراء البيئة، ورقي الخدمات التي تقدم له في المجالات الاجتماعية، والصحية، والنفسية، والتعليمية، مع حُسن إدارته للوقت والاستفادة منه.

ولا تختلف جودة الحياة الأسرية في مكوناتها عن جودة حياة الفرد، ولكنها تختلف في تركيزها، فجودة الحياة الأسرية تتعلق بالأسرة ككل وليس لكل فرد بها (Brown et al., 2003, 211).

ويعرف Wisawatapnimit (2009, 58) جودة الحياة الأسرية بأنها: الرضا الذاتي للأسرة في مجالات الحياة الخاصة بالأسرة وهي: أدوار الأسرة، والتواصل الأسري، والدعم العاطفي الأسري، والعلاقات الأسرية.

وتعرف أماني عبد المقصود عبد الوهاب، وسميرة محمد شند (٢٠١٠، ٥١٢-٥١٣) جودة الحياة الأسرية بأنها: الممارسات والعلاقات الإيجابية التي يستخدمها الوالدان في تنشئة الأبناء، وما تتصف به من دفء وتقبل وتشجيع ومشاركة في المواقف الحياتية المختلفة، وإدراك الأبناء ذلك، والعلاقات المتبادلة بين أفراد الأسرة وما تتصف به هذه العلاقات من أساليب سوية في التعامل لتحقيق الأهداف المرجوة، وإنجاز المهام والأعمال ومساندة أفراد الأسرة في المواقف المختلفة.

وتعرف منار عبد الرحمن خضر، وأحلام عبد العظيم مبروك (٢٠١١، ٩٠) الشعور بجودة الحياة الأسرية بأنه: نوعية الحياة الأسرية المستقرة والتي تضمن سعادة أفرادها لإدراكهم أن حياتهم ذات معنى ويتوفر فيها احتياجاتهم المختلفة، ويتحقق ذلك عن طريق التوافق بين الزوجين وقدرتهما على التواصل ومواجهة صعوبات الحياة معًا، وقدرتهما على رعاية أبنائهما "بدنيًا، نفسيًا، واجتماعيًا".

وتعرف آمال إبراهيم الفقي (٢٠١٣، ١٨٣) جودة الحياة الأسرية بأنها: الفاعلية في القيام باحتياجات الأسرة وتمتع أعضائها بحياة أسرية مستقرة متناغمة، وتتضمن التفاعل الأسري، ومهارات الحياة اليومية، والحالة المادية المتيسرة للوالدين، والاتزان الانفعالي، والبيئة المادية، والصحة الاجتماعية، والترابط الأسري.

ويعرف أحمد عبد العزيز التميمي (٢٠١٣، ٥٢١) جودة الحياة الأسرية بأنها: شعور أفراد الأسرة بالرضا والمتعة في ظل الظروف التي يعيشون فيها.

ويعرف أشرف أحمد عبد القادر (٢٠١٣، ٧) جودة الحياة الأسرية بأنها: إحساس الأسرة بالرضا والارتياح وتقبلها لأزمة طفلهم، وتتمثل في قدرة الوالدين على التواجد البدني والنفسي مع الطفل وعلى فهم حاجاته ودوافعه، وحرصهما على جعل بيئة الطفل مليئة بالمثيرات الحسية الملائمة للطفل؛ لإثارة وتدريب وتحسين قدرته على الانتباه، كما تتمثل في تحسين العلاقة الوالدية وقدرة الوالدين على التماسك وتحمل المسئولية.

وتعرف رانيا عبد الله دراز (٢٠١٤، ٤٣٢) الشعور بجودة الحياة الأسرية بأنه: مصطلح يشير إلى توافق أفراد الأسرة مع المتطلبات التي تفرضها الإعاقة عليهم، وإقامة علاقات أسرية فعالة بين أفراد الأسرة؛ وبالتالي شعورهم بالسعادة والرضا عن الحياة الأسرية في ظل وجود فرد معاق، ومساندة أفرادها من خلال تقديم الخدمات المساندة وخدمات الدعم المتنوعة؛ بهدف تحقيق التوازن بين جوانب الحياة المختلفة وتحقيق مستقبل أفضل للجميع.

يتضح مما سبق؛ أن جودة الحياة مفهوم نسبي يختلف من فرد لآخر وفقًا لأسلوب إدراكه لجوانب الحياة، فالبعض يرى جودة الحياة في الصحة، والبعض يراها في المال، والبعض يراها في الأولاد، ومنهم من يراها في السعادة...، وكذلك يختلف هذا المفهوم حسب المرحلة العمرية فجودة حياة الشباب تختلف عن جودة حياة الصغار، وكذلك بالنسبة للمسنين، وكذلك تختلف من منطقة لأخرى، ومن ثقافة مجتمع إلى ثقافة مجتمع آخر.

ويعرف الباحث جودة الحياة الأسرية إجرائيًا بأنها: مجموعة المشاعر التي تدفع الأم إلى استخدام أساليب فعالة لتقوية الروابط الأسرية وتدعيمها، والتعامل مع الضغوط الحياتية، والعمل على مناقشتها وحلها، والشعور بالاستمتاع بالتغلب على المشكلات التي تقابلها وتدفعها إلى مساعدة أفراد الأسرة لتقبل الابن المعاق لتقوية العلاقات الاجتماعية بينه وبين أفراد الأسرة والبيئة المحيطة، والرضا عن الحياة.

ثانيًا: مكونات جودة الحياة الأسرية:

لم يقتصر الاختلاف بين الباحثين على تحديد مفهوم جودة الحياة الأسرية فقط، بل امتد ليشمل مكوناتها، وفيما يلي توضيح ذلك:

صنف Park et al. (2003) جودة الحياة الأسرية إلى خمسة مكونات، هي:

- التفاعل الأسري.
- الوالدية.
- الرفاهية الانفعالية.
- جودة الحياة المادية.
- المساندة الاجتماعية.

وصنف Poston and Turnbull (2004) جودة الحياة الأسرية إلى:

- التفاعل الأسري.
- الحياة الأسرية اليومية.
- الوالدية.
- الحماية.
- البيئة المادية.
- الإنتاجية.
- جودة الحياة الانفعالية.
- جودة الحياة الاجتماعية.

وتكمن جودة الحياة الأسرية في صحة الدور الذي يقوم به كل فرد من أفراد الأسرة، وبمفهوم "هول" فإن الدور ليس مفهوم أحادي المكون، وإنما هو عملية لها مكونات ثلاثة:

- مكون بنائي: يتمثل في مطالب الدور الخارجية، وهي قائمة المعايير والمحرمات والمسؤوليات التقي تتعلق بوضع اجتماعي معين، فلو أن هذه المطالب أُجيدت من قِبل كل فرد من أفراد الأسرة توصلنا إلى جودة الحياة.
- مكون شخصي: يتمثل في الجانب الداخلي الذي يتصور الفرد على أساسه الوضع الاجتماعي، وكيف يُفكر حوله بطريقة جيدة من أجل الجودة الشخصية؛ وبالتالي جودة حياته.
- مكون سلوك الدور: يتمثل في الطرق التي يتعرف بها الأفراد في الوضع الاجتماعي المعين، تلك الطرق التي إذا نفذت بطريقة مناسبة وتتماشى مع القيم والمعايير السائدة في المجتمع أدى هذا إلى جودة السلوك داخل الدور، فلو تلاقت هذه المكونات جميعها في شخصية كل فرد داخل الأسرة بطريقة صحيحة أدى هذا إلى صحة الدور الذي يقوم به في أسرته. (فوقية حسن رضوان، ٢٠٠٥، ٩٧ -٩٨)

وصنف Wisawatapnimit (2009) جودة الحياة الأسرية إلى:

- الرضا عن الحياة اليومية الأسرية ويشمل: الرعاية الأسرية، الحصول على المساعدة، الأنشطة اليومية.
- الوالدية وتشمل: توفير الإرشاد (التوجيه) الوالدي، الانضباط، التعليم.
- التفاعل الأسري ويشمل: التواصل، التفاعل البيئي الإيجابي، دعم بعضهم البعض.
- الرفاهية المادية وتشمل: الدفع للحصول على الضروريات الأساسية، الدفع من أجل الرعاية.
- الصحة وتشمل: الصحة البدنية، الصحة العقلية، الرعاية الصحية.

وصنف Zuna et al. (2009) جودة الحياة الأسرية إلى خمسة مكونات هي:

- التفاعل الأسري.
- الوالدية.
- جودة الحياة البدنية.
- جودة الحياة الانفعالية.
- الدعم المتعلق بالإعاقة.

وتصنف منار عبد الرحمن خضر، وأحلام عبد العظيم مبروك (٢٠١١) جودة الحياة الأسرية إلى:

أ- جودة العلاقات الزوجية: تشير إلى طبيعة الحياة الزوجية ومدى استقرارها، وتشمل:

- المشاركة في الخبرات والاهتمامات والقيم.
- احترام الاستقلالية والفردية.
- التعاون في اتخاذ القرارات وحل المشكلات.
- المحافظة على قنوات الاتصال بينهم.
- الحصول على إشباع وجداني وجسدي متبادل.
- وضوح الأدوار والمسئوليات.

ب- جودة رعاية الأبناء: تشمل:

- العناية الغذائية بالأبناء.
- العناية الملبسية للأبناء.
- العناية الصحية بالأبناء.
- الرعاية النفسية والاجتماعية للأبناء.
- تكوين العادات السليمة (للنوم أو النظافة الشخصية).

كما صنفت منى بدر الجناعي (٢٠١٢) جودة الحياة الأسرية إلى ثمانية مكونات، هي:

- السلامة الصحية.
- التفاعل الأسري.
- الاتزان الانفعالي.
- القيم.
- الصحة النفسية.
- المعاملة الوالدية.
- التوافق الزواجي.
- تقبل الإعاقة.

كما صنفت هدى أمين عبد العزيز (٢٠١٤) مقياس جودة الحياة للأمهات إلى أربعة مكونات هي:

- الصحة العامة.
- الصحة النفسية.
- العلاقات الاجتماعية.
- البيئة.

وصنفها رضوان عبد الرحمن أبو ركبة (٢٠١٦) إلى سبعة مكونات، هي:

- جودة الحالة الصحية.
- جودة الحياة النفسية.
- جودة إدارة الوقت.
- جودة الحياة الدينية.
- المساندة الاجتماعية.
- الرضا عن الحياة.
- الصلابة النفسية.

وفي ضوء ما سبق؛ يتضح أن هذه النماذج تناولت مكونات جودة الحياة في ضوء توجهات نظرية متعددة، لذا يحدد الباحث مكونات جودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا، كالآتي:

١- حل المشكلات الأسرية:

يقصد بها: "استخدام الأُم للمعارف والخبرات والتجارب التي مرت بها للتغلب على الصعوبات والتوصل إلى حل عن طريق طرح المشكلات مع أفراد الأسرة ومناقشتها والحوار حولها، واللجوء إلى ذوي الخبرة للاستفادة بآرائهم".

٢- مواجهة الضغوط:

يقصد بها: "قدرة الأُم على تنظيم انفعالاتها وسلوكها، وتوجيهها لمواجهة الضغوط الحياتية التي يمكن أن تواجه الأسرة، والتعامل معها، ومواجهتها بالحلول المناسبة، وإشراك أفراد الأسرة في حلها".

٣- القيام بالأدوار الأسرية:

يقصد بها: "قدرة الأُم على أداء وظائفها وحاجتها الأسرية نحو أفراد الأسرة بصفة عامة والابن المعاق بصفة خاصة، وتوزيع الأدوار، والمشاركة في إتمام الواجبات الأسرية".

٤- ضبط سلوك الابن المعاق:

يقصد بها: "قدرة الأُم على تعديل سلوكياتها، وسلوكيات أفراد الأسرة في التعامل مع ابنها المعاق، وذلك باستخدام فنيات عديدة كالنمذجة والإقناع وتقديم المكافآت والعقاب، والمناقشة للإقناع، وتمثيل الدور".

٥- الرضا عن الحياة:

يقصد به: "تقبل الأم لذاتها نحو أسلوب الحياة التي تعيشها في المجال الحيوي المحيط بها، وتكون متوافقة مع نفسها ومع المحيطين بها".

ثالثًا: العوامل المؤثرة في جودة الحياة الأسرية:

توجد مجموعة من العوامل تؤثر على جودة حياة أسر ذوي الاحتياجات الخاصة تتمثل في:

١- التدين:

يشير أحمد رفعت الشرقاوي (٢٠٠٢، ١٠١- ١٠٩) إلى وجود علاقة بين جودة الحياة والتوجه الديني وترتبط جودة حياة الفرد بمستوى اتجاهه الديني ومدى التزامه بالمبادئ والتعاليم الدينية، فكلما ارتفع اتجاه الفرد الديني من اتساع لمعتقداته ومفاهيمه الدينية وحُسن تطبيقه لها كلما تحسنت جودة حياته، والعكس صحيح فكلما انخفض اتجاه الفرد الديني كلما

ساءت جودة حياته، فالاتجاه الديني محدد أساسي لنوعية حياة الفرد ومدى شعوره بالسعادة، وقدرته على إدراك الحياة، مما يزيد من جودة حياة الفرد.

كما أن التدين يساعد الإنسان على ضبط انفعالاته ويجعله أكثر قدرة على حل مشكلاته، ومواجهة الحياة بما فيها من ضغوط، فكلما تمسك الإنسان بدينه وما فيه من قيم ومبادئ ارتفع لديه الشعور بجودة الحياة؛ وبالتالي يجعل الفرد أكثر قدرة على النجاح في الحياة (رابعة عبد الناصر محمد، ٢٠١٧، ٥١).

ويسهم الإرشاد الديني في تخفيف مشاعر الصدمة وتحسين ردود أفعال الوالدين تجاه أزمات الإصابة بالإعاقة، وقبولهما بقضاء الله وقدره، وتقبل طفلهما والسعي في رعايته ابتغاء مرضاة الله، ورغبة في أن يبارك لهما في أولادهما الآخرين، ويؤجرهما في الآخرة على رعاية ابنهما المعاق (تهاني محمد عثمان، ٢٠٠٨، ٤٤).

وهذا يتفق مع ما توصلت إليه دراسة Blair (2003) حيث توضح تأثير استراتيجيات أساليب المواجهة الدينية religious coping على اعتقادات أسر المعاقين ودور الدين في رضاهم عن علاقتهم وأثره على تماسكهم وتوافقهم الأسري.

٢- المساندة الأسرية:

إذا كان وجود فرد معاق داخل الأسر يعد حدثًا ضاغطًا؛ فإن المساندة الاجتماعية التي تتلقاها أسر ذوي الاحتياجات الخاصة من المجتمع أو من الآخرين مثل الأقارب والأصدقاء تعد كعامل وسيط في المقابلة والحدث الضاغط، فهي بمثابة استراتيجية خارجية للتقليل من أثر هذه الضغوط (إيمان فؤاد كاشف، ٢٠٠٠، ٢٠١).

وهدفت دراسة Davis and Gavidia-Payne (2009) إلى فحص تأثير الدعم الذي تتلقاه أسر ذوي الإعاقة على جودة حياة تلك الأسر، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الدعم بأشكاله المختلفة وجودة حياة تلك الأسر، كما توصلت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائيًا بين رضا أولياء الأمور عن جودة حياتهم الأسرية في اتجاه أولياء الأمور صغار السن.

وتلخص خولة أحمد يحيى (٢٠٠٣، ٦٨) أنواع الدعم في:

- الدعم المعلوماتي: الأسرة في حاجة ماسة إلى المعلومات عن الإعاقة، وسببها وطبيعتها وتأثيراتها على وضع الابن المعاق، وكيفية مساعدة الابن، وعن الخدمات التي يمكن أن تقدم، وعن مصادر الدعم المتوفرة في المنطقة.

- الدعم العاطفي: مساعدة الأسرة على تقبل إعاقة ابنها، والوقوف بجانبه.
- الدعم القانوني والأخلاقي: عن طريق سنّ القوانين التي توفر الخدمة لذوي الاحتياجات الخاصة في جميع قطاعات الدولة، وتلبي حاجاتهم.

ويتفق ذلك مع رأي بهاء الدين جلال عبد السلام (٢٠٠٨، ٣٢-٣٣) في أن تدعيم الأسرة مكوِّن مهم في كل طرق تقديم الخدمة، حيث إن الأمهات هن الأكثر فاعلية في حياة أبنائهن، ومشاركتهن في البرامج التدريبية والإرشادية أساسية لتحقيق أفضل نتائج، وأنواع الدعم الرئيسة التي تقدم للأسرة هي معلومات عن نمو ابنهم وفرص التعلم، والرعاية الروتينية والطارئة للابن، ورعاية طبية للمعاق، وتوفير التجهيزات والمواد الطبية، وتدريب الوالدين على الأساليب الصحية لتربية المعاق، ودعم اقتصادي، ومعلومات وتسهيلات تتعلق بمصادر الترفيه، ووسائل الانتقال، وضروريات الحياة من مأكل ومشرب.

وفي هذا السياق أظهرت دراسة Rillotta et al. (2012) أن الأسرة هي وِحدة الدعم الأساسي للطفل ذوي الإعاقة أكثر من المؤسسات. وأشارت دراسة إبراهيم عبد الله العثمان، وإيهاب عبد العزيز الببلاوي (٢٠١٢)، عبير يوسف الصفران (٢٠١١)، وائل ماهر غنيم (٢٠١٥) إلى أهمية المساندة الاجتماعية في التخفيف من الضغوط لدى أمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. كما توصلت دراسة أحمد عبد العزيز التميمي (٢٠١٣) إلى أهمية المساندة الاجتماعية في تحسين شعور أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقة بجودة الحياة الأسرية. وتوصلت دراسة محمد أحمد شاهين، وريما عزام خليل (٢٠١٣) إلى أهمية الدعم المقدم من المؤسسات الاجتماعية في تحسين جودة الحياة لدى أسر المعاقين عقليًا.

ولعل أهم فائدة تترتب على هذا الشكل من أشكال الدعم هو شعور الأسرة أن الآخرين يتفهمون مشكلاتها وحاجاتها ويدعمونها، ولعل أكبر مصدر دعم لأسرة المعاق يتمثل في مؤازرة أفرادها لبعضهم بعضًا وخاصة على مستوى الأب والأم (مدحت محمد أبو النصر، ٢٠٠٩، ٧٥).

ويتبنى الباحث هذه الفكرة حيث إن الأسر التي لديها طفل معاق يمكن بالفعل أن تشكل مجموعة دعم اجتماعي ونفسى لغيرها من الأسر، حيث إن جميع أسر الأطفال المعاقين تواجه نفس المشكلات تقريبًا؛ ولذا فإن الأسرة يمكن أن تستفيد من خبرة غيرها من الأسر حول المشكلات التي تمر بها، ومرت بها غيرها من الأسر، وكيف قامت بمواجهتها، كذلك تمثل أسر الأطفال المعاقين عقليًا مجموعة دعم ومساندة قوية تقدم الدعم النفسي والاجتماعي لغيرها من الأسر، وذلك عندما تعلم الأسرة أن غيرها من الأسر تواجه نفس المشكلات التي تواجهها

أو مشكلات أكثر صعوبة؛ فإن ذلك يساهم في تخفيف حدة القلق والتوتر لدى الأسرة، واستخدم الباحث هذا الأسلوب مع الأسر وذلك من خلال اطلاع الأسرة على معاناة ومشكلات غيرها من الأسر ممن لديهم طفل معاق عقليًا أصعب مما لديهم، وذلك بهدف تخفيف حدة القلق والتوتر لدى الأسرة عندما تعلم أن مشكلتها بسيطة مقارنة بغيرها من الأسر.

ويشير الباحث أن من أساليب المساندة والدعم ما يلي:

- جماعات المساندة الوالدية، حيث يقوم الوالدان بالانتماء لهذه الجماعات ويشتركون في أنشطتها ومناقشاتها.
- جماعات المساندة الوالدية عبر الإنترنت، حيث تطورت أساليب المساندة الوالدية لتشمل ألاف الأسر والقائمين على رعاية أطفال ممن لديهم حاجات خاصة، وذلك عن طريق مواقع عديدة بشبكة المعلومات.

وفي ضوء هذه الأساليب من المساندة يستنتج الباحث ما يمكن للوالدين الاستفادة منه فيما يلي:

- على المستوى الاجتماعي: التفاعل الاجتماعي مع الآخرين ممن لديهم أطفال معاقين عقليًا، وأفراد آخرين مصدر ثقة ومعلومات، كذلك الانخراط في مناقشات جماعية مساندة بهدف تعضيد وشد الأزر والترويح والتعاون فيما بينهم.
- على المستوى النفسي: شعور الأب أو الأم أو كليهما بالارتياح والرضا والسعادة وأنه لا يعاني وحده، فهناك آخرون يشاركونهم بل يساندونهم ويقفون معهم، وكذلك الشعور بالانتماء إلى جماعة ذات ثقة لديها المعلومات، وبالتالي الشعور بتقدير المجتمع لأزماتهم، والشعور بالقدرة على الانضباط والتحكم في مشاعرهم، والتعامل مع العالم الخارجي، وبالتالي التخفيف من الضغوط، كما تتحسن نظرتهم واتجاهاتهم نحو الإعاقة ونحو نمو أطفالهم المعاقين ونمو أنفسهم، فيزداد تقديرهم لأبنائهم وتفهمهم لحاجاتهم، وبالتالي التعامل معهم، وتقديرهم لذواتهم، فضلاً عن شعورهم بالتفاؤل نحو مستقبل أبنائهم.

٣- العلاقة الزوجية:

يُعَدُّ مولد طفل معاق في الأسرة بؤرة محتملة للشقاق الزواجي، خاصة إذا كانت شخصيات الزوجين تسمح بهذا الشقاق وإذا كانت علاقتهما متوترة في الأصل، بمعنى أنه إذا لم يكن الوالدان على درجة ملحوظة من النضج ويفتقدان القدرة على تحقيق قدر من التفاهم والتوافق الزواجي، وكان لديهما استعداد للشقاق والمشاحنات الزوجية فإن مولد الطفل المعاق

يكون سببًا كافيًا في اندلاع المزيد من الخلافات والشقاق بينهما، حيث يحمل كل منهما الآخر مسئولية ولادة هذا الطفل، كما يحاول كل منهما التنصل من المسئوليات الكبيرة والثقيلة المتمثلة في رعاية هذا الطفل وإلقائها على الآخر (علاء الدين كفافي وجهاد كفافي، ٢٠٠٦، ٢٢٥).

ويوضح Floyd and Zmich (2001) أن طريقة تفاعل الوالدين معًا تؤثر على جودة الحياة الأسرية، وفي أساليب مواجهة الضغوط لدى آباء وأمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، حيث تبين أن تفاعلهما معًا سلبي فيما بينهما، وسلبي فيما بينهما وبين الابن المعاق، وذلك مقارنة بتفاعل آباء وأمهات الأطفال العاديين، ولعل هذا التفاعل السلبي بسبب الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة. وفي هذا الصدد توصلت دراسة إبراهيم عبد الله العثمان، وإيهاب عبد العزيز الببلاوي (٢٠١٢) إلى وجود علاقة سالبة بين التوافق الزواجي والضغوط لدى أمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.

ويشير خالد محمد عبد الغني (٢٠٠٩، ١٧) أنه إذا كانت بعض أسر الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة تتأثر سلبيًا بوجود هؤلاء الأطفال حيث توجد مشكلات كثيرة بين الزوجين، أو بين الأبناء وأخيهم من ذوي الاحتياجات الخاصة، فإن كثيرًا من الأسر تستطيع مواجهة الضغوط الناتجة عن الإعاقة وتتوافق معها بفاعلية معتبرة ذلك كله من الأمور التي تحتاج إلى التحدي والمواجهة، كما أن هناك بعض التأثيرات الإيجابية الأخرى لدى أسر المعاقين كالتماسك وزيادة درجة التحمل، والتعاون بين كل أفراد الأسرة.

وتوصلت دراسة Kersh et al. (2006) إلى مساهمة جودة العلاقة الزوجية في رفاهية والديّ ذوي الاحتياجات الخاصة.

٤- إمكانيات الأسرة المالية:

إن إمكانيات الأسرة المالية تساعدها على التعايش مع الأزمة، فعند توفر الإمكانيات المالية تصبح الأسرة أكثر قدرة على التعايش مع حالة الإعاقة؛ لأن وجود حالة الإعاقة بالأسرة يستنزف الموارد المالية، وذلك من خلال التكاليف الباهظة للعلاج الطبي أو تكاليف إجراء العمليات الجراحية؛ لذا فإن صعوبة توفر المصادر المالية الكافية يترتب عليه مجموعة من الضغوط النفسية والاجتماعية والاقتصادية التي تثقل كاهل الأسرة، وتحرم الأب والأم والأخوة والأخوات من التمتع بالحياة (إبراهيم أمين القريوتي، ٢٠٠٩، ٤).

٥- تقبل الإعاقة:

يُعَدُّ تقبل الإعاقة أحد العوامل المؤثرة في جودة الحياة، حيث توصلت دراسة وردة حسن محمد (٢٠١٠) إلى وجود علاقة موجبة بين تقبل الوالدين لطفلهما المعاق وجودة الحياة الأسرية.

وتشير منى صبحي الحديدي وآخرون (٢٠٠٩، ١٠٧- ١٠٩) أن هناك مجموعة من العوامل التي يتحدد في ضوئها نتائج إعاقة الابن على الأسرة، حيث تختلف الأسر في تأثرها بالإعاقة، وكذلك الأفراد داخل الأسرة الواحدة تبعا لمجموعة من العوامل، هي:

- المستوى الثقافي والتعليمي للوالدين: يؤدي المستوى التعليمي والثقافي للوالدين دورًا أساسيًا في تحديد الطرق والأساليب التي يستخدمها الوالدان في تربية أبنائهما من جهة، وفي درجة وعيهما للأسباب التي تؤدي إلى الإعاقة وطرق الوقاية منها من جهة ثانية. كما أن المستوى التعليمي والثقافي يؤثر في المستوى المعيشي والوظيفي للوالدين، فغالبًا ما يشغل الأفراد الذين هم في مستوى تعليمي عال مناصب وظيفية أفضل ممن هم أقل منهم مستوى، الأمر الذي يؤدي إلى التباين والاختلاف في المستوى الاقتصادي والصحي والاجتماعي لأسرهم، وهذا ينعكس بالتالي على اتجاهات الوالدين ودرجة استجابتهما نحو ابنهما المعاق.
- حجم الأسرة: حيث إن حجم الأسرة يؤثر ويتأثر بالإعاقة. فلو أخذنا الأسرة الكبيرة لوجدنا أن ولادة طفل معاق فيها غالبًا ما يكون وقعه أخف على أفرادها، فوجود عدد من الأبناء غير المعاقين يعزى الوالدين ويريحهما من مسئولية الرعاية المباشرة للطفل المعاق، لأن الأخوة والأخوات سيقومون بدور رئيسي في الاهتمام والعناية بأخيهم المعاق أو أختهم المعاقة، ومن جهة ثانية فقد لا تشكل ولادة طفل معاق في الأسرة كبيرة الحجم عبئًا ماديًا إضافيًا عليها.
- نوع الإعاقة وشدتها: كلما كانت الإعاقة شديدة زاد ذلك في الأعباء المترتبة على الأسرة.

بالإضافة لما سبق، أشارت دراسة أشرف أحمد عبد القادر (٢٠٠٥) أن تحسين جودة الحياة الأسرية لأسر ذوي الاحتياجات الخاصة يؤدي إلى الحد من إعاقة أطفالهم.

كما أشار عادل عز الدين الأشول (٢٠٠٥) إلى التأثير المتبادل لجودة الحياة بين الآباء والأمهات والأبناء؛ فالأمهات اللاتي حدث لهن تغير في جودة حياتهن أصبحن أكثر قدرة على التعامل مع أطفالهن ذوي الاحتياجات الخاصة، وهذا يمكن أن يؤثر بالإيجاب في حد ذاته على جودة الحياة لدى هؤلاء الأبناء.

ويرى محمود عكاشة، وعبد العزيز سليم (٢٠١٠) أن جودة الحياة الأسرية لها تأثير كبير على جودة الحياة النفسية للطفل، حيث تتأثر جودة الحياة النفسية للطفل بنوعين من العوامل، هما:

- عوامل مباشرة: تتضمن الإنجازات التي حققها الوالدان والسمات الشخصية والمزاجية، وكذلك السياق الذي يعيش فيه هذا الطفل.
- عوامل غير مباشرة: تتضمن شبكة المساندة الوالدية خاصة من قبل الأم، وكذلك العلاقات الزوجية، كما تتأثر جودة حياة الطفل بالطبقة الاجتماعية لوالديه ومستوى تعليمهم ومدى رضاهم عن وظيفتهم.

يتضح مما سبق؛ وجود العديد من العوامل التي تجعل أسر الأطفال المعاقين عقليًا يتعرضون للضغوط؛ مما تقلل من شعورهم بجودة الحياة.

رابعًا: جودة الحياة الأسرية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقليًا

يعد الطفل المعاق عقليًا عبئًا على أسرته من حيث رعايته وتدبير شئونه وسلوكه غير الطبيعي؛ فالطفل المعاق يحتاج إلى قدر كبير من الوقت والجُهد والانتباه والتكلفة المادية، ومع ذلك لا يكون سلوكه وأداؤه على المستوى الذي يسعد الوالدين، ويصدر عنه سلوكيات غير مرغوبة، كأن يسبب الأذى لذاته أو للآخرين، أو يُفسد أثاث المنزل وأدواته؛ مما يضيف أعباء زائدة على الأم، وتتحمل هذا العبء الجسمي مع شعورها بالضيق، وقد تُعبر عن هذا الشعور أو تكبته؛ ومن ثم فإن الأم تتعرض لمعاناة نفسية بجانب المعاناة الجسمية.

وأسفرت نتائج دراسة أحمد عبد العزيز التميمي (٢٠١٣) إلى شعور آباء الأطفال المعاقين بالرضا عن جودة حياتهم الأسرية أكثر من شعور الأمهات. وأشارت نتائج دراسة مغنية قوعيش (٢٠١٨) إلى انخفاض الشعور بجودة الحياة الأسرية لأمهات المعاقين عقليًا، بالإضافة إلى وجود فروق دالة إحصائيًا في شعور أمهات المعاقين عقليًا بجودة الحياة الأسرية ترجع لمستوى الأم التعليمي في اتجاه المستوى التعليمي الجامعي.

وأشارت دراسة سعيدة أمان الشمالي (٢٠١٠) إلى وجود فروق دالة إحصائيًا بين أمهات التلميذات المعاقين عقليًا وأمهات التلميذات العاديين في الضغوط النفسية في اتجاه أمهات التلميذات المعاقين عقليًا، بالإضافة إلى استخدام أمهات التلميذات المعاقين عقليًا لأساليب مواجهة الضغوط قائمة على العواطف والانفعالات، في حين تستخدم أمهات التلميذات العاديين لأساليب مواجهة قائمة على التفكير وحل المشكلات. وتتفق مع ذلك ما أظهرته نتائج دراسة Bafrooei et al. (2019) التي أشارت إلى أن الصحة العامة لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية كانت أقل من الأمهات اللاتي لديهن أطفال عاديين، كما استخدمت أمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية أساليب مواجهة تركز على العاطفة بشكل متكرر في حين لم يلاحظ أي اختلاف كبير بين المجموعتين فيما يتعلق بأساليب المواجهة التي تركز على حل المشكلة، كما كانت أمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية أكثر اضطرابًا من الأمهات اللاتي لديهن أطفال عاديين، وكشفت مقارنة متوسط درجات أبعاد الشخصية بين المجموعتين إلى حصول أمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية على درجات أعلى في العصابية ودرجات أقل في الانبساط والانفتاح على الخبرات والتقبل ويقظة الضمير. كما أشارت دراسة De Sousa (2010) إلى أن أمهات الأطفال ذوي الإعاقة هن الأكثر معاناة للقلق والاكتئاب كسمة مقارنة بأمهات الأطفال العاديين.

يتضح مما سبق؛ أن أمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية يشعرن بضغوط أكثر من أمهات الأطفال العاديين، كما أن الأمهات يشعرن بضغوط أكثر من الآباء، حيث خلق الله سبحانه وتعالى الأنثى بخصائص وصفات خاصة تؤهلها للدور الأنثوي الذي خُلقت من أجله، وهو الحمل، والرضاعة، ورعاية الأبناء؛ وهذا الدور جعلها بالفطرة أكثر ارتباطًا بأبنائها، وخوفًا عليهم، وشفقة ورحمة بهم من الأب، ولذلك تكون أكثر قلقًا وتوترًا من الأب؛ وهذا بدوره يقل شعور الأم بالرضا عن جودة حياتها الأسرية؛ لذلك كان من الضروري مساعدة أُمهات الأطفال المعاقين عقليًا لتحسين الشعور بجودة الحياة الأسرية لديهن.

المحور الرابع: **الإرشاد الأسري ودوره في تعديل اتجاهات أمهات الأطفال المعاقين نحو الإعاقة، وتحسين جودة الحياة الأسرية**

يعرف حامد عبد السلام زهران (٢٠٠٥، ٢٧٩) الإرشاد الأسري بأنه: عملية تهدف إلى مساعدة أفراد الأسرة فرادى أو في جماعة على فهم الحياة الأسرية ومسئوليتها لتحقيق الاستقرار والتوافق وحل المشكلات الأسرية.

ويسهم الإرشاد الأسري في إتاحة الفرصة لأسرة المعاق في إيجاد بيئة أسرية قادرة على تغلب إعاقة ابنها، وأثارها، حيث إن زيادة وعي الوالدين بقواعد التنشئة السوية يزيد من قدرة الأسرة على التصدي لمشكلات الابن المعاق.

حيث أشارت نتائج دراسة بطرس حافظ بطرس (٢٠٠٦) إلى فعالية الإرشاد الأسري في تحسين التوافق لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة السمعية بالإضافة إلى تعديل اتجاهاتهن نحو إعاقة أطفالهن. كما أشارت نتائج دراسة بسمة عيد الشريف (٢٠١١) إلى فاعلية الإرشاد الأسري والتدريب على مهارة حل المشكلات في خفض التوتر وتحسين التكيف لأمهات المعاقين.

ويُعَدُّ التفكير في إعداد برامج واستراتيجيات لإرشاد أسر المعاقين عقليًا مطلبًا مهمًا وضروريًا، على أن يقوم في جوهره على الأسس النظرية المستخدمة بشكل عام في برامج الإرشاد ومنها الإرشاد السلوكي، والإرشاد المعرفي، والإرشاد العقلاني الانفعالي، والإرشاد المتمركز حول الشخص، والإرشاد بالواقع وغيرها (أشرف أحمد عبد القادر، ٢٠٠٥). فإرشاد أسر الأطفال المعاقين، عادةً ما يكون له نتائج جيدة ليس فقط للابن المعاق، ولكن في تحريك الأسرة نحو التفاؤل والنضج النفسي والاجتماعي والإشباع والرضا المتبادل بين أعضاء الأسرة وابنهم المعاق (أسامه فاروق سالم، ٢٠١٤، ٧٩).

ويجدر الإشارة إلى أن البرنامج المستخدم في الدراسة الحالية هو برنامج إرشادي تكاملي "Integrative Counseling" ويعرف بأنه: طريقة في الإرشاد النفسي تتناول مشكلات المسترشد في خطوات متتالية منظمة، حيث يقوم المرشد النفسي بتقديم برنامجه في صورة فنيات متعددة تنتمي لمدارس مختلفة بهدف إحاطة العميل بالرعاية الإرشادية والنفسية المتكاملة، ورفع كفاءته وقدرته على مواجهة مشكلاته الحياتية واتخاذ القرارات الصائبة في التوقيت المناسب (Corey, 2016, 65).

ويمكن القول بأن إرشاد أسر الأطفال المعاقين يتيح للأمهات الفرصة للتعرف على حالة ابنهن المعاق، ويزيد من تفهمها واستيعابها لإعاقته ومعرفتها بماهيتها وتأثيرها على الابن والأسرة، ومعرفتها باحتياجات ابنها، والتغلب على مشكلاته، ومساعدته على التواصل والتفاعل مع الآخرين، وكل هذه الأمور لها أهميتها من أجل تحسين جودة حياة الأسرة، ومن أجل مستقبل أفضل للابن المعاق.

بناءً على العرض السابق؛ يتضح أن أمهات الأطفال المعاقين عقليًا في حاجة إلى الإرشاد النفسي بهدف تعديل اتجاهاتهن نحو الإعاقة وتحسين جودة الحياة الأسرية لديهن، ومن أساليب العلاج التي يمكن أن تساعد في تعديل الاتجاهات السلبية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا وتحسين الشعور بجودة الحياة لديهن: الإرشاد النفسي الديني، والعلاج المعرفي السلوكي، والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، والعلاج بالمعنى، وفيما يلي عرض موجز لهذه البرامج:

أولاً: الإرشاد النفسي الديني

يعرف جابر عبد الحميد جابر، وعلاء الدين كفافي (١٩٩٥، ٣٢٤٣) الإرشاد النفسي الديني بأنه: علاج نفسي تدعيمي يوفر نوعاً من الإرشاد الدعوي، ويتضمن عقد جلسات تناقش فيها الكتب المقدسة، وأن لاستثمار الإيمان الديني عند الناس أثر لا ينكر في العلاج النفسي.

ويعرف حامد عبد السلام زهران (٢٠٠٥، ٣٥٨) الإرشاد النفسي الديني بأنه: طريقة توجيه وإرشاد وتربية وتعليم تقوم على معرفة الفرد لنفسه ولدينه ولربه والقيم والمبادئ الروحية والأخلاقية، ويمكن أن يمارس العلاج الديني كل من المعالج النفسي أو الموجه أو المربي أو عالم الدين.

وعرف عبد الباسط متولي خضر، ورانيا الصاوي عبده (٢٠١٩، ٢٢٠) الإرشاد النفسي الديني بأنه: محاولة مساعدة الفرد لاستخدام المعطيات الدينية للوصول إلى حالة من التوافق تسمح له بالقدرة على ضبط انفعالاته إلى الحد الذي يساعده على النجاح في الحياة.

ويهدف الإرشاد النفسي الديني إلى تحرير الشخص المضطرب من مشاعر الخطيئة والإثم التي تهدد طمأنينته وأمنه النفسي، ومساعدته على تقبل ذاته والرضا عن الحياة.

خطوات الإرشاد النفسي الديني (فنيات الإرشاد النفسي الديني):

يشير إبراهيم خليفة المركز (٢٠١٦، ٨٩- ٩٠)، وحامد عبد السلام زهران (٢٠٠٥، ٣٥٩- ٣٦٠) أن الإرشاد النفسي الديني يسير وفق الخطوات التالية:

- **الاعتراف بالذنب**: يزيل الاعتراف بالذنب مشاعر الخطيئة والإثم ويخفف من عذاب الضمير، ويطهر النفس المضطربة ويعيد إليها طمأنينتها، وضرب القرآن الكريم مثلاً للاعتراف بالذنب بما صدر عن آدم وحواء عليهما السلام عند مخالفتهما أمر الله تعالى: "قَالَا رَبَّنَا ظَلَمْنَا أَنفُسَنَا وَإِن لَّمْ تَغْفِرْ لَنَا وَتَرْحَمْنَا لَنَكُونَنَّ مِنَ الْخَاسِرِينَ"(الأعراف، ٢٣)، ويجب على المرشد مساعدة المسترشد على الاعتراف بخطاياه وتفريغ ما بنفسه من انفعالات ومشاعر الإثم.
- **التوبة**: تساعد التوبة على تحرر المذنب من آثامه وخطاياه، وتشعره بالراحة النفسية والتفاؤل والرضا عن الحياة، قال تعالى: "إِنَّمَا التَّوْبَةُ عَلَى اللَّهِ لِلَّذِينَ يَعْمَلُونَ السُّوءَ بِجَهَالَةٍ ثُمَّ يَتُوبُونَ مِن قَرِيبٍ فَأُولَٰئِكَ يَتُوبُ اللَّهُ عَلَيْهِمْ ۗ وَكَانَ اللَّهُ عَلِيمًا حَكِيمًا" (النساء، ١٧).
- **الاستبصار**: هو الوصول بالمسترشد إلى فهم شقائه النفسي والدوافع التي أدت إلى ارتكاب الذنوب.
- **التعلم واكتساب اتجاهات وقيم جديدة**: من خلال ذلك يتقبل الفرد ذاته والآخرين، ويستطيع ضبط الذات، وتحمل المسئولية، وتكوين علاقات اجتماعية مبنية على الثقة المتبادلة.
- **الاسترخاء**: قال رسول الله ﷺ: " إِذَا غَضِبَ أَحَدُكُمْ وَهُوَ قَائِمٌ فَلْيَجْلِسْ فَإِنْ ذَهَبَ عَنْهُ الْغَضَبُ وَإِلاَّ فَلْيَضْطَجِعْ" (صحيح أبو داود، ٤٧٨٢). كما قال رسول الله ﷺ: "إِنَّ الْغَضَبَ مِنْ الشَّيْطَانِ، وَإِنَّ الشَّيْطَانَ خُلِقَ مِنْ النَّارِ، وَإِنَّمَا تُطْفَأُ النَّارُ بِالْمَاءِ، فَإِذَا غَضِبَ أَحَدُكُمْ فَلْيَتَوَضَّأْ" [أخرجه أبو داود (٤٧٨٤)؛ وأحمد (٢٢٦/٤)؛ والبغوي في شرح السنة (٣٥٨٣)].

يتضح مما سبق؛ أن الإرشاد النفسي الديني عملية يشترك فيها المرشد والشخص المضطرب، فالمرشد يتناول مع الشخص المضطرب موضوع الاعتراف والتوبة والاستبصار ويساعد الإرشاد الديني على الاسترخاء والرضا عن الحياة.

حيث أشارت دراسة رضوان عبد الرحمن أبو ركبة (٢٠١٦) إلى فعالية الإرشاد الديني في تحسين الشعور بجودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا. كما أشارت دراسة Mousavi and Rasouli (2019) إلى فعالية الإرشاد الروحي في تخفيف القلق الاجتماعي ووصمة العار لدى أمهات الأطفال المعاقين. كما أوضحت دراسة Poston and Turnbull (2004) دور الروحانيات والدين في تحسين جودة الحياة لدى أسر ذوي الاحتياجات الخاصة.

كما يلعب الإرشاد النفسي الديني دورًا مهمًا في تعديل اتجاهات الوالدين تجاه ابنهم ذوي الإعاقة العقلية، حيث أشارت نتائج دراسة خالد رمضان سليمان (٢٠١٧) فعالية البرنامج الإرشادي المستخدم والذي استخدم بعض فنيات الإرشاد النفسي الديني في التغلب على ردود الفعل السلبية تجاه ولادة طفل ذوي إعاقة عقلية.

ثانيًا: العلاج المعرفي السلوكي Cognitive Behavioral Therapy (CBT)

يعد آرون بيك "Aaron Beck" مؤسس العلاج المعرفي السلوكي، ويعمل هذا العلاج على الدمج بين العلاج المعرفي بفنياته المتعددة والعلاج السلوكي بما يضمه من فنيات. كما يعتمد على إقامة علاقة إرشادية تعاونية بين المرشد والمسترشد تتحدد في ضوئها المسئولية الشخصية للمسترشد عن كل ما يعتقد فيه من معارف مشوهة واعتقادات لا عقلانية مختلة وظيفيًا تعد هي المسئولة في المقام الأول عن تلك الاضطرابات التي يعاني منها المسترشد وما يترتب عليها من ضيق وكرب (عادل عبد الله محمد، ٢٠٠٠، ١٧).

ويعرف Leahy (2002) العلاج المعرفي السلوكي بأنه: تصحيح المعالجة المعرفية الخاطئة ومساعدة المسترشد على تعديل معتقداته وافتراضاته التي تحافظ على السلوك والانفعالات غير التكيفية، ولتحقيق هذه الأهداف تستخدم الطرائق المعرفية والسلوكية، وذلك بهدف تحدي المعتقدات غير الوظيفية وتشجيع التفكير التكيفي الواقعي.

يتضح مما سبق أن العلاج المعرفي السلوكي يتضمن مكونان هما: المكون المعرفي والذي يشمل مساعدة الأفراد على تغيير أنماط المعتقدات التي يعيشون فيها للتغلب على مخاوفهم، والمكون السلوكي الذي يتطلب تغيير ردود فعل الأفراد تجاه المواقف المثيرة للقلق.

ولا ينظر العلاج المعرفي السلوكي إلى الأفكار بمعزل عن أنظمة الاستجابة الأخرى داخل الفرد، ولكن ينظر إليها من خلال تفاعلها مع سلوكه، وأجهزته الفسيولوجية، ومشاعره، وتتفاعل كل هذه الأنظمة مع السياق البيئي الشامل، وعلى سبيل المثال: المريضة التي فقدت وظيفتها (البيئة) ترى نفسها لا قيمة لها (الأفكار) وتشعر باكتئاب (المشاعر) وتنسحب من الأنشطة الاجتماعية (السلوك)، وتشتكي من تعب مستمر (الجوانب الفسيولوجية). وإن التغيير في أحد هذه العناصر مثل عودة المريضة إلى كونها شخصية اجتماعية، ينتج عنه تغيير إيجابي في الجوانب الأربعة الأخرى، فتبحث المريضة عن وظيفة أخرى (البيئة)، وترى نفسها ذات قيمة (الأفكار)، ويعتدل مزاجها المكتئب (المشاعر)، وتستعيد الشعور بالنشاط والطاقة (الجوانب الفسيولوجية) (مايكل نينا، ويندي درايدن، ٢٠٢١، ١١).

وهدف الباحث من استخدام العلاج المعرفي السلوكي بإتاحة الفرصة لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية اللاتي لديهن اتجاهات سلبية تجاه أبنائهن المعاقين عقليًا، الفرصة لتعلم السلوك الجديد وتعزيز السلوك السوي المرغوب، والتخلص من السلوكيات غير المرغوبة، من منطلق أن السلوك الإنساني سلوك متعلم يمكن تعديله، وتدعيم السلوك الجيد لتثبيته.

ويعتمد العلاج المعرفي السلوكي على عدة فنيات، ومن هذه الفنيات التي اعتمد برنامج الدراسة عليها:

أ- إعادة البناء المعرفي: Cognitive Restructuring

يعد أسلوب إعادة البناء المعرفي هو أحد أساليب التدخل النفسي المعرفي، ويهدف إلى تصحيح المعتقدات والاتجاهات المضطربة وظيفيًا، والتي تؤدي إلى اضطراب الفرد نتيجة لخبراته ومعارفه الخاطئة، وتشير آمال عبد السميع باظة (٢٠١٥، ٢٧٨) أن أسلوب إعادة البناء المعرفي يقوم على استبدال المعارف الخاطئة بأخرى صحيحة، ويشتمل إعادة البناء المعرفي على الخطوات التالية: التعرف على المواقف السلبية الخاطئة، وفصل وتحديد الأفكار والمعتقدات المشوهة معرفيًا، والتدعيم الإيجابي للحفاظ على استمرارية ممارسة السلوك الصحيح، والمتابعة بما يعرف باستمارة الواجب المنزلي.

ويشير إبراهيم عبد الله الزريقات (٢٠١٨، ٤١٦- ٤١٧) بأن هناك ثلاث خطوات رئيسة في إعادة البناء المعرفي، وهي:

- مساعدة الفرد على تحديد الأفكار والمواقف الضاغطة، ويتحقق ذلك من خلال الطلب إلى الشخص أن يحدد هذه الأفكار والمواقف كتابةً، ويعتمد هذا على ذاكرة الفرد المرتبطة بالمواقف أو الأفكار.
- مساعدة الفرد على تحديد الاستجابة الانفعالية والمزاج غير المناسب والسلوك المشكل الذي يتبع الأفكار الضاغطة، وبهذه الطريقة فإن الشخص يصبح على وعي بالأفكار المؤلمة السابقة للاستجابة الانفعالية غير المناسبة والمزاج السيء، وعلى الفرد أن يكتب معلومات عن ذاكرته وأن ينشغل بالمراقبة الذاتية لتسجيل الاستجابات التي تظهر.
- مساعدة الفرد على وقف التفكير بالأفكار المؤلمة، أو مساعدة الفرد على أن يفكر بأفكار أكثر عقلانية أو مرغوبة أكثر، فالفرد عندما يفكر بإيجابية أكثر أو بأفكار مرغوبة فإن انفعالاته تصبح أكثر إيجابية في ذلك الموقف.

يتضح مما سبق؛ أن هذه الفنية تعتمد على أن المعتقدات وتفسير الأحداث الخارجية هي المسئولة عن مشاعر الأفراد، وأن الاضطراب ينشأ نتيجة للمعتقدات والأفكار المشوهة معرفيًا وليس الأحداث الخارجية فقط، وتركز على تعديل تفكير المسترشد واستنتاجاته أو المعتقدات والاتجاهات التي تبنى عليه معارفه.

ب- الاسترخاء العصبي العضلي:

يعرف عبد الستار إبراهيم، وعبد الله عسكر (٢٠١٩، ٢١٥) الاسترخاء بأنه: توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصحوبة للتوتر، ويعد الاسترخاء من العوامل الكافة للقلق فلا يمكن للشخص أن يكون مسترخيًا وقلقًا في نفس الوقت، وهو من أشهر أساليب العلاج السلوكي.

وتقوم أساليب الاسترخاء المتعددة على مجموعة من التمارين للجسم والعقل في مرحلة الوعي والتي تهدف إلى تحقيق استرخاء لعضلات الجسم وإزالة التوتر وراحة النفس وتعتمد معظمها على التنفس الهادئ والعميق إضافة إلى شد وارتخاء المجموعات العضلية للجسم، وهذه التمارين تساعد على خفض التوتر النفسي للفرد ومساعدته على مواجهة ضغوط الحياة والتغلب عليها وعلى مشاكلها وتحسين الشعور بجودة الحياة (Asghari et al., 2020).

ويتضح مما سبق أن الاسترخاء فنية تساعد الفرد على تحسين الشعور بجودة الحياة وتخفف من القلق والضغوط النفسية، حيث يتم تعديل الأفكار المرتبطة بتلك المشاعر والشخص في حالة استرخاء، ويعتمد على إدراك الفرق بين حالات التوتر وحالات الاسترخاء، وفيه يقوم المسترشد بملاحظة الاختلاف بين أحاسيس التوتر والاسترخاء.

ج- أسلوب حل المشكلات: Problem Solving

المشكلة هي عائق يحول دون تحقيق الفرد لأهدافه، وقد يصعب على الفرد مواجهة هذه المشكلة بطريقة إيجابية وواقعية وبناءة؛ مما يستلزم العمل على مساعدته باستخدام معارفه وخبراته السابقة ومهاراته كي يصل إلى حلول لهذه المواقف المعقدة وتدريبه على استخدام الأسلوب العلمي في حل المشكلات، فيقوم بتلخيص المشكلة ثم يكتب حلًا لها، ويقترح حلولاً بديلة، ثم يفحص البدائل على نحو دقيق وإزالة البدائل غير الدقيقة، ثم يتخذ قراره، ويتحقق من التقدم في حل المشكلة حتى يصل إلى حل لمشكلته (إبراهيم عبد الله الزريقات، ٢٠١٨، ٤١٩- ٤٢٠).

وبذلك فإن تلك الطريقة تركز على تصحيح التعليل الخاطئ عن طريق تعليم الأفراد كيف يستخدموا التعليل المنطقي للحلول المرضية للمشاكل الشخصية، وذلك بملاحظة المشكلة، وتعريفها بدقة وتحديد عناصرها بوضوح، ثم إيجاد البدائل والحلول الممكنة والتفكير بجميع الحلول بحرية، وكتابة الإيجابيات والسلبيات لكل البدائل، وتحديد خطة يتم إتباعها، وأخيرًا يقوم الشخص بتنفيذ الخطة وتقييم النتائج، وإذا لم تحقق الأهداف المرجوة يجرب الشخص حلًا آخر، مع ضرورة تأكد الشخص من أن المشكلة على وشك الحل.

وقد تناولت العديد من الدراسات فعالية العلاج المعرفي السلوكي (أو أحد فنياته) في إرشاد أمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية، ومنها: دراسة أماني سعيد عبد المقصود (٢٠١٦) التي أشارت إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين التوافق الزواجي لأمهات الأطفال المعاقين ذهنيًا. ودراسة سي بشير كريمة، وساسي كريمة (٢٠١٧) التي أشارت إلى فعالية استخدام الإرشاد الجماعي المعتمد على فنيات العلاج المعرفي السلوكي في تعديل أساليب المعاملة غير السوية لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنياً. ودراسة منى السيد النجولي (٢٠١٧) التي أشارت إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تنمية المهارات الحياتية (مهارة التفكير- تحقيق الذات- المهارات العلمية التقنية- مهارات العمل- المهارات الصحية) لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا. ودراسة مريم نزال العنزي (٢٠١٩) التي أشارت إلى فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لزيادة مهارات التعايش بواقعية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقليًا. ودراسة كل من Rahbar et al. (2016) ; Nazer et al. (2016) التي أشارتا إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين العلاقة بين الوالدين وبين الطفل ذوي الإعاقة العقلية بالإضافة إلى تحسين الرفاهية النفسية لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية. ودراسة Osborn et al. (2018) التي أشارت إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي المتكامل في تخفيف الضغوط لدى آباء الأطفال ذوي الإعاقة العقلية.

ثالثًا: العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي Rational Emotive Behavior Therapy (REBT)

يعد "ألبرت إليس" Albert Ellis مؤسس وجهة النظر القائمة على العلاج العقلاني الانفعالي Rational Emotive Therapy (RET) ويركز هذا العلاج على أن الانفعالات السلبية اليومية تنتج من العبارات الذاتية غير العقلانية التي يتداولها الأفراد مع أنفسهم، وفي عام ١٩٩٣م أضاف "إليس" كلمة السلوكي (Behavior) إلى أسلوبه ليُصبح اسمه "العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي" (Martin& Pear, 2019).

والفكرة الأساسية للعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي أن الأفكار اللاعقلانية عند الفرد هي المسئولية عن اضطراب السلوك، وظهوره بصورة غير سوية، لذلك يوصي "إليس" بأهمية تحديد هذه الأفكار اللاعقلانية عند الفرد، حتى يتمكن المعالج النفسي من التعامل معها ومساعدته على تغييرها، وتحويلها إلى أفكار عقلانية، مما يدعم تنمية شخصيته، ويدعم تعديل سلوكياته.

وعرف "إليس" العلاج العقلاني الانفعالي بأنه: محاولة إدخال المنطق والعقل في الإرشاد والعلاج النفسي من خلال تعديل المعلومات والأفكار الخاطئة التي تتم في الطفولة، ومساعدة المريض على تعليمه كيف يتعرف على أفكاره غير العقلانية وكيف ينظم تفكيره ويغيره بأسلوب عقلاني في مواجهة اضطراباته باستخدام فنيات معرفية وانفعالية لمساعدة المريض لتصحيح معتقدات غير عقلانية والتي يصاحبها خلل انفعالي وسلوكي إلى معتقدات عقلانية يصاحبها ضبط انفعالي وسلوكي (في: حامد عبد السلام زهران، ٢٠٠٥، ٣٦٦).

يستخدم العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي العديد من الفنيات والتي تم تصنيفها إلى: فنيات معرفية، وفنيات انفعالية، وفنيات سلوكية على النحو التالي:

(١) الفنيات المعرفية: Emotive Techniques

تساعد الفنيات المعرفية الأفراد على تغيير أفكارهم وطريقة تفكيرهم غير العقلانية، وفلسفتهم غير المنطقية، واستبدالها بأفكار عقلانية، وطريقة تفكير منطقية، وبناء فلسفة جديدة لحياتهم تقوم على العقلانية، ويعرض أحمد عبد اللطيف أبو أسعد (٢٠١١، ٣٠٦)؛ وعادل عبد الله محمد (٢٠٠٠، ٦٤)؛ Ellis ; Capuzzi and Stauffer (2016, 68) (1997, 12-13) بعضها كالتالي:

أ - التفنيد والتشجيع Disputing and persuasion

غالبًا ما يتمسك الأفراد بالمعتقدات والأفكار اللاعقلانية التي تجلب لهم المشاعر الانهزامية المدمرة للذات، مما يؤدي إلى صعوبة توافقهم مع المجتمع، لذا ينبغي أن يقوم المعالج أو غيره من الأفراد ذوي التأثير كالأب بمساعدة الأفراد في توضيح هذه الأفكار اللاعقلانية عن طريق الحوار الجدلي المقنع، مع توضيح أن معتقداتهم اللاعقلانية لا يمكن التمسك بها كحقيقة، وأن استمرارهم في اعتناق تلك المعتقدات اللاعقلانية يسبب لهم الضرر بلا داعٍ، ويتضمن العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي استخدام أسلوب الدحض النشط المباشر، مع سؤال الأفراد عن فلسفاتهم اللاعقلانية، وإقناعهم وحثهم على تبني معتقدات أكثر عقلانية.

ب- حل المشكلات Problem Solving

يميل الأفراد إلى استخدام أسلوب حل المشكلات، والأساليب المعرفية ذات الصلة في التعامل مع اضطراباتهم الانفعالية وسلوكياتهم المختلة وظيفيًا، ويؤدي القصور في مهارات وقدرات حل المشكلات إلى المزيد من الاضطرابات الانفعالية والمسالك السالبة، ومن ثم فإن

العلاج "العقلاني– الانفعالي" السلوكي يساعد الأفراد على تعلم مهارات حل المشكلات، وذلك بتدريبهم على: تحديد وتحليل المشكلة، وطرح جميع الاحتمالات الممكنة لحلها، ثم الاختيار بين البدائل، وصولًا إلى الحل المناسب، وذلك يتطلب من الفرد في كل موقف: الفهم العميق للمشكلة، والاستبصار بكل جوانبها، وإدراك الحقائق وربط الأحداث بالنتائج، مما يؤدي إلى تغيير الانفعالات ثم السلوكيات.

(٢) الفنيات الانفعالية: Emotive Technique

هي الفنيات التي تتعرض لمشاعر الأفراد وأحاسيسهم، وردود أفعالهم تجاه المواقف والمثيرات المختلفة، ويذكر عادل عبد الله محمد (٢٠٠٠، ٦٤)؛ وهشام عبد الرحمن الخولي (٢٠٠٧، ٨٦)؛ Ellis (1997, 16- 18) بعضها كالتالي:

أ- التنفيس عن الانفعالات غير الفعالة: Abreaction of dysfunctional emotion

إن التنفيس وتفريغ الانفعالات غير الفعالة، وبخاصة أشكال الغيظ والغضب والعدوان والغيرة والحسد والقلق، قد يكون له آثار طيبة تعمل على خفض وتصفية هذه الانفعالات، ولكن غالبًا ما يستمر الأثر الوراثي، الذي يتجه نحو تدعيم الفلسفة التي يعتقدها الأفراد، وتؤدي إلى مشاعرهم، ومن ثم فإن العلاج "العقلاني– الانفعالي" السلوكي يساعد الأفراد على تنمية القدرة على ضبط الغضب، والتحكم في الذات، والتخلص من المشاعر التي قد تؤدي إلى التقليل من درجة المشاعر الذاتية الانهزامية، التي قد تؤدي إلى الاضطرابات الانفعالية.

ب- ضبط الذات: Self- control

حينما يدرك الأفراد أن سلوكهم أقل من المرغوب فيه، وحينما يشعرون بالاضطراب الانفعالي، فإنه تتولد لديهم القدرة على التغيير، واستخدام طرق متعددة لضبط الذات، أو إتباع طرقًا جديدة لإدراك الذات وتغييرها، وهم غالبًا ما يقومون بتعديل انفعالاتهم وسلوكهم بطريقة أفضل، وذلك بواسطة المبادئ الأساسية لضبط الذات، مما لو كان التغيير موجها من أفراد آخرين، حيث تشمل عملية ضبط الذات على عوامل معرفية قوية، ومن ثم فإن العلاج "العقلاني– الانفعالي" السلوكي تكمن مهمته في مساعدة الأفراد حتى يتمكنوا من استخدام مستوى ملائم من المعارف المرتبطة بضبط وإدارة الذات.

ج- مواجهة التهديد والخطر: Coping with distress and threat

توجد قدرة كبيرة لدى الأفراد لمواجهة المحن والتعامل مع مصادر التهديد بواسطة التفكير السليم، الذي يؤهلهم لهذه المواجهة، وقد يتعلمون بعض المهارات غير الإيجابية التي

قد تسبب لهم الانزعاج، وتتمثل مهمة العلاج "العقلاني– الانفعالي" السلوكي في مساعدة الأفراد على تعلم مهارات واستراتيجيات فعالة تساعدهم في المواجهة رغم قسوة الظروف، وتزايد الأزمات، وشدة التهديد مما يؤدي إلى تغيير السلوك.

د- التحويل: Diversion

يميل الأفراد إلى تركيز الانتباه في شيء واحد، مما يسبب لهم بعض الاضطرابات الانفعالية مثل: الخوف من الفشل، أو الرفض، أو الإحباط، وعندما يرغبون في إيقاف تيار الأفكار اللاعقلانية فلابد أن يحولوا تركيزهم إلى التأمل والتخيل والاسترخاء، ومن ثم فإن العلاج "العقلاني– الانفعالي" السلوكي يساعد الأفراد على تعلم مهارات التحويل مما يؤدي إلى خفض الاضطرابات الانفعالية لديهم.

(٣) الفنيات السلوكية: Behavioral Technique

تساعد الفنيات السلوكية الأفراد على التخلي عن السلوك غير المرغوب فيه أو تعديله أو تغييره إلى سلوك مرغوب فيه وتدعيمه، ويذكر بيرني كوروين وآخرون (٢٠٠٠/ ٢٠٠٨، ٤٩–٥٠)؛ عادل عبد الله محمد (٢٠٠٠، ٦٥–٦٦)؛ منتصر علام (٢٠١٢، ١٩٣–٢٠٩)؛ Ellis (1997, 13-16) بعضها كالتالي:

أ- الواجبات المنزلية: Home works

لقد اعتاد الأفراد على التفكير والانفعال والتصرف بطرق مختلفة وظيفيًا، ولأن هذا السلوك يستمر معهم سواء بطريقة شعورية أو لا شعورية لفترة زمنية طويلة، فيتحول إلى شيء متأصل في طبيعتهم، فهم يحتاجون إلى ممارسة فعالة نشطة ومناسبة من أجل تعطيل أو وقف العادات الانهزامية المدمرة للذات، ومن ثم فإن برامج العلاج "العقلاني– الانفعالي" السلوكي تشمل الواجبات المنزلية النشطة الموجهة، بما تحويه من تدريبات مرتبطة بالتفكير والتخيل والتصور، وتكرار بعض المعلومات، وحل بعض التمرينات التي تهدف إلى تنمية القدرة على التفكير العقلاني في المواقف المختلفة.

ب- محاكاة النموذج: Modeling Imitation

يميل الأفراد إلى تقليد الآخرين ومحاكاتهم، ونمذجة أنفسهم في أفكارهم ومعتقداتهم وسلوكهم، وذلك طبقًا لمدى إدراكهم لتلك النماذج وأسلوب تقليدها، وقد يؤدي ذلك إلى اضطرابهم انفعاليًا بالتدريج، سواء بالنمذجة الشعورية أو اللاشعورية، ويعتبر التقليد بالنموذج من العمليات المعرفية الوسيطة القوية، ومن ثم فإن المعالج "العقلاني– الانفعالي" السلوكي

يكـون مهتمًـا بتوضـيح أسـلوب التفكيـر الأمثـل والإيجـابي بالنسـبة للأفـراد، ويسـاعدهم فـي توظيـف التفكيـر للـتخلص مـن الاضـطرابات الانفعاليـة، عـن طريـق تقليـد بعـض النمـاذج السلوكية الإيجابية.

ج- لعب الدور: Role Playing

يستطيع الأفراد أن يجعلوا أنفسهم مضطربين أو يساعدوا أنفسهم في تحسين اضطراباتهم الانفعالية عن طريق خبرات لعب الدور، وذلك عن طريق تناولهم لتلك الخبرات، ويشمل لعب الدور: التقليد والمحاكاة، والتشكيل بالنموذج، حيث يتضمن عوامل معرفية تساعد الأفراد على تغيير مشاعرهم المضطربة وسلوكياتهم المختلة وظيفيًا، والعلاج "العقلاني- الانفعالي" السلوكي يساعد الأفراد في تعليمهم مهارات القيام بالأدوار، واكتساب خبرات ومشاعر إيجابية، وخفض مستوى المعتقدات اللاعقلانية تجاه بعض الأدوار الاجتماعية.

د- التدريب على المهارات: Skill Training

حينما يتدرب الأفراد على مهارات معينة من السيطرة أو التنشئة الاجتماعية في ضبط القيم وغيرها، فهم يغيرون تفكيرهم وانفعالاتهم وسلوكياتهم بطريقة تدريجية ويصبحون أقل اضطرابًا، وهذا التغيير ليس نتيجة لزيادة المهارات لديهم بل نتيجة إدراكهم لقدراتهم وتقديرهم لذواتهم، والعلاج "العقلاني- الانفعالي" السلوكي يعمل على اكتشاف القدرات لدى الأفراد، وتنمية مهارتهم عن طريق التدريبات المتعددة، كما يساعدهم على الوعي بذواتهم، وإدراك قدراتهم وطاقاتهم الجديدة، الناتجة عن تلك التدريبات، وبالتالي يستطيع الأفراد أن يغيروا من أفكارهم وانفعالاتهم وسلوكياتهم.

هـ- التدريب التوكيدي: Assertive Training

يكتسب الفرد مهارات التفاعل الثنائي والتواصل الاجتماعي مع الآخرين من خلال التدريب التوكيدي، ويزيد من ثقته في نفسه ويكسبه رؤية إيجابية لذاته؛ مما يساعده على أن يسلك في حياته بشكل مقبول اجتماعيًا يتيح له التعبير التلقائي عن انفعالاته ومشاعره الإيجابية والسلبية، واكتساب القدرة على الدفاع عن حقوقه دون الآخرين.

اتضح من العرض السابق؛ أن العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي علاج ثلاثي المواجهة يجمع بين طياته العديد من الفنيات العلاجية المعرفية والانفعالية والسلوكية، ولذا فإنه علاجًا فعالًا للعديد من الاضطرابات النفسية من أجل الوصول إلى التحسن بعيد الأمد ولسنوات طويلة بدلًا من العلاجات التي تهتم بعلاج المريض من اضطرابه دون النظر إلى

حالات الانتكاسة التي قد يتعرض لها مرة أخرى بعد الانتهاء من العلاج، ولهذا فإنه لا يعلم المريض فقط كيف يشعر بأنه أفضل من ذي قبل من خلال تخفيف المشاعر الانفعالية المضطربة، بل ويوضح له أيضًا كيف يتحسن بالتعرف على المعتقدات اللاعقلانية المحدثة للاضطراب والتخلص منها.

ويشير رياض نايل العاسمي (٢٠١٥، ١٢٧- ١٢٨) إلى أن العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي ينتهي عندما يحقق المسترشد تقدمًا ملحوظًا، ويجب أن يكون قادرًا على:

- الاعتراف بمسؤوليته عن انفعالاته غير الملائمة وتصرفاته اللامنطقية عندما يتعرض لموقف ما.
- اكتشاف الأفكار اللاعقلانية التي تشكل أساسًا للانفعالات والتصرفات غير الملائمة.
- التمييز بين الأفكار اللاعقلانية وبدائلها العقلانية.
- تحد ونبذ هذه الأفكار اللاعقلانية.
- دحض هذه الأفكار باستخدام طرق تغيير الذات، والمعرفية، والانفعالية، والسلوكية.

واستخدم الباحث العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي؛ لأن العديد من الدراسات مثل دراسة: جمال مختار حمزة (١٩٩٢)، وداليا نبيل حافظ (٢٠٠٧) التي أشارتا إلى سيطرة الأفكار الخاطئة والتصورات اللاعقلانية على آباء وأمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية؛ مما يؤدي إلى معاناة الوالدين من مشاعر الذنب ولوم الذات وتبادل إلقاء الاتهامات بين الزوجين مما يهدد العلاقة الزوجية بينهما وانخفاض الشعور بجودة الحياة الأسرية.

وقد أشارت العديد من الدراسات إلى فعالية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (أو أحد فنياته) في إرشاد أمهات الأطفال المعاقين عقليًا، كدراسة وحيد مصطفى كامل (٢٠٠٥) إلى فعالية برنامج إرشادي قائم على استخدام بعض فنيات الإرشاد العقلاني في تحسين التوافق النفسي لدى الأمهات المسيئات لأطفالهن المعاقين عقليًا، وخفض الإساءة لأطفالهن. كما توصلت دراسة سهير محمود أمين (٢٠٠٧) إلى فعالية الإرشاد الأسري في تحسين الأداء الوظيفي الوالدي لأسر الأطفال المعاقين عقليًا. كما توصلت دراسة Milanich (2014) إلى فعالية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في السيطرة على المشاعر السلبية لأم طفل ذوي إعاقة ذهنية. وأشارت دراسة أميرة صبري جاد (٢٠٢٠) التي أشارت إلى فعالية الإرشاد عقلاني انفعالي سلوكي في الحد من إساءة الأمهات لأطفالهن المعاقين عقليًا مما أدى إلى تحسين الأمن النفسي للأطفال المعاقين عقليًا. كما أشارت دراسة Ede et al. (2020) إلى فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في الحد من الضغوط الأسرية لأسر الأطفال ذوي اضطراب طيف الذاتوية.

رابعًا: العلاج بالمعنى Logotherapy

العلاج بالمعنى هو أحد المدارس العلاجية وهو التوجه الإنساني الذي ظهر خلال القرن العشرين وتبع تطبيقات العلاج الوجودي Existential Therapy، ويعد أسلوبًا جديدًا في العلاج النفسي ويعتبر مجال أوسع عن العلاج الوجودي، لأنه نجح في تطوير فنياته في الممارسة العلاجية (Frankl, 2008, 75).

حيث يتناول العلاج بالمعنى الإنسان في بُعده المعنوي، من أجل فهم الوجود الإنساني وتعميق الوعي به، وتأصيل الشعور بالحرية والمسئولية، واستثارة إرادة المعنى، والتي تجعل للحياة، والعمل، والحب، المعاناة، وحتى الموت معنى أصيلًا، يساعد الفرد على تجاوز ذاته، والتحرك في الحياة بإيجابية، والتوجه نحو المستقبل بتفاؤل، مستفيدًا من الإمكانات المحققة في الماضي من أجل تشكيل الحاضر، والتخطيط للمستقبل من خلال الوعي بالجوانب الإيجابية، والطاقات التي يمتلكها بدلًا من التركيز على الجوانب السلبية على أساس المبادئ والأساليب التي قدمها فرانك.

ويؤيد ذلك دراسة Cuncic (2019) التي أشارت إلى أن العلاج بالمعنى يتمثل في الممارسات الحياتية اليومية مما يساعد على تنمية الروابط والعلاقات، وإيجاد الهدف من المعاناة والألم، وتقبل أن الحياة غير عادلة أحيانًا، والقدرة على إيجاد معاني الأشياء، والتركيز على الآخرين خارج حدود الذات، وتقبل الأسوأ.

ويستخدم العلاج بالمعنى العديد من الفنيات، منها:

١- الحوار السقراطي The Socratic Dialogue:

يعد الحوار السقراطي نوع من المواجهة مع العميل أكثر من كونها توجيهية أو فرضية، أي مواجهة العميل لمساعدته على اكتشاف وإيجاد المعنى المتفرد لديه أكثر من كونها خيارات تفرض عليه، والاستخدام الناجح للأسئلة السقراطية يأتي من الفهم الجيد لموقف العميل، حيث تصاغ هذه الأسئلة المفتوحة كاستجابة لموقف العميل.

يستخدم المعالجون بالمعنى فنية الحوار السقراطي، لتعليم الأفراد كيفية سير حياتهم بواسطة أسئلة تقدم بطريقة حوارية تجعل الأشخاص يجدون استبصارًا جديدًا نحو أعراضهم وبالتالي تعديل الاتجاهات الحالية وتنمية اتجاهات جديدة لاكتشاف المعنى في الحياة، ومن خلال

الحوار السقراطي يتعلم الأشخاص أن يفصلوا أنفسهم عن الأعراض المرضية لديهم، وأنهم ليسوا ضحايا المرض، ولكنهم لديهم إرادة، ويمتلكون الاختيارات والبدائل المتاحة لتحديد المعنى.

وأوضح Cuncic (2019) أهمية الحوار السقراطي كفنية أساسية في العلاج بالمعنى من أجل مساعدة الشخص في اكتشاف المعنى في الحياة من خلال الاستبطان الذاتي، واكتشاف الذات والاختيار والتفرد والمسئولية، والتسامي بالذات. وبالرغم من أن هذه الفنية إحدى الفنيات الأساسية للعلاج بالمعنى، إلا أنها تستخدم في العلاجات النفسية الأخرى كالعلاج المعرفي، والعلاج العقلاني الانفعالي.

٢- تعديل الاتجاهات Modification of Attitude:

قدم Lukas and Hirsch (2002, 341) فنية تعديل الاتجاهات في العلاج بالمعنى بناءً على أن الفرد يمكنه أن يتغلب على مشكلاته من خلال الاتجاه الذي يتخذه نحو مشكلته من خلال إحداث تغيير إيجابي في اتجاه العميل نحو ذاته وظروفه ومعوقاته مما يساعده على التغلب على ما يعانيه من مشكلات، وأن يتعايش ويتأقلم مع ما لا يمكنه حله.

ويلخص سيد عبد العظيم محمد، ومحمد عبد التواب معوض (٢٠١٢، ٢٨٩- ٢٩٠) أهداف فنية تعديل الاتجاهات إلى:

- النمو الداخلي من خلال تغيير الذات.
- التحول من شيء ما ذات خبرة ذاتية سالبة إلى شيء آخر ذات خبرة ذاتية موجبة.
- تغيير المنظور لشيء ما قديم، ليبدو ونراه في ثوب جديد.
- قبول القدر والرضا به، عن طريق الاتجاه الجديد نحوه.
- البحث عن المعنى داخل الموقف الموجود.
- التعليم من أجل الشجاعة والجرأة والسمو.
- تغيير المعاناة التي لا يمكن تجنبها إلى إنجاز إنساني.
- تخفيف حالة البؤس واليأس لدى العميل.
- مساعدة العميل على اكتشاف إمكانات جديدة، وتوجيهه ليصبح أكثر نضجًا، ويكون شخصًا راشدًا ومسئولًا.

٣- التحليل بالمعنى: Logo analysis

تعد فنية التحليل بالمعنى إحدى فنيات العلاج بالمعنى التي طورها كرونباخ بناءً على مبادئ العلاج بالمعنى لفرانكل، والتحليل بالمعنى هو: تحليل لخبرات الفرد من أجل البحث عن مصادر ذات معنى جديد، وخلال تقييم هذه الخبرات يصل الفرد لخبرات جديدة يكتشف من خلالها رؤية جديدة للهدف في الحياة.

يذكر كرونباخ وآخرون (١٩٨٠) أنه اختار مصطلح التحليل بالمعنى Logoanalysis لسببين: الأول: ليشير إلى أن هذا الأسلوب العلاجي ليس من الضرورة استخدامه مع المرضى النفسيين فقط، لكنه يستخدم أيضًا مع أولئك الذين ينقصهم الهدف الحقيقي لسبب وجودهم في الحياة، أما السبب الثاني: للتميز بين هذه الطريقة للعلاج بالمعنى عن الفنيات الأخرى للعلاج بالمعنى، حيث إنه من خلال التدريبات التي يتكون منها هذا الأسلوب، يمكن لأي فرد أن يحلل حياته من أجل اكتشاف معنى جديدًا، كما أنه يقدم للفرد شيئًا محدد الإجراءات خطوة بخطوة في رحلة البحث عن معنى الحياة (في: سيد عبد العظيم محمد، ومحمد عبد التواب معوض، ٢٠١٢، ١٠٧- ١٠٨).

وقد أشارت العديد من نتائج الدراسات إلى فعالية العلاج بالمعنى (أو أحد فنياته) في إرشاد أمهات الأطفال المعاقين عقليًا، كدراسة محمد رفيق الأحمد (٢٠١٧) التي أشارت إلى فعالية العلاج بالمعنى في تنمية التخطيط والتمكين النفسي لدى أمهات الأطفال المعاقين عقليًا. ودراسة Bavali et al. (2013) التي أشارت إلى فعالية العلاج في المعنى في تحسين المرونة لدى أمهات الأطفال المعاقين عقليًا، ودراسة Azizmohammadi et al. (2019); Faramarzi and Bavali (2017); Mihandoust et al. (2021); التي أشارت جميعها إلى فعالية العلاج بالمعنى في تحسين الشعور بجودة الحياة لأمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.

وبناءً على ما سبق؛ اتضح للباحث أن هذه الفنيات تتكامل مع بعضها البعض، وقد تم دمجها بشكل تكاملي في صورة جلسات إرشادية جماعية، يسودها المناخ النفسي الآمن والمشاركة الإيجابية والتفاعل الإيجابي المثمر، وذلك لخدمة أهداف البرنامج والتي تتلخص في تعديل اتجاهات أمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية نحو إعاقة أبنائهن وتحسين الشعور بجودة الحياة الأسرية.

- **فروض الدراسة**

في ضوء نتائج الدراسات السابقة وأهداف هذه الدراسة وعينتها؛ يمكن صياغة الفروض التالية كإجابات محتملة عن الأسئلة التي سبق عرضها في مشكلة الدراسة بالفصل الأول:

١- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيًا بين اتجاهات الأمهات نحو إعاقة أطفالهن المعاقين عقليًا وجودة الحياة الأسرية لديهن.

٢- يُمكن التنبؤ بجودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا من خلال اتجاهاتهن نحو إعاقة أطفالهن.

٣- تتحسن اتجاهات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا أفراد المجموعة التجريبية نحو إعاقة أطفالهن في القياس البعدي.

٤- تتحسن درجة جودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي.

٥- يستمر التحسن في اتجاهات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا أفراد المجموعة التجريبية نحو إعاقة أطفالهن لما بعد انتهاء البرنامج بشهرين في القياس التتبعي.

٦- يستمر التحسن في درجة جودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا أفراد المجموعة التجريبية لما بعد انتهاء البرنامج بشهرين في القياس التتبعي.

٧- توجد عوامل دينامية كامنة تقف وراء ارتفاع وانخفاض استفادة أمهات الأطفال المعاقين عقليًا من البرنامج الإرشادي، من خلال دراسة متعمقة لحالتين طرفيتين.



منهجية الدراسة وإجراءاتها

أولاً: منهج الدراسة

ثانياً: عينة الدراسة

ثالثاً: أدوات الدراسة

رابعاً: الخطوات الإجرائية للدراسة

خامسًا: الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة

الفصل الثالث

منهجية الدراسة وإجراءاتها

تناول هذا الفصل عرض إجراءات الدراسة والتي تمثلت في منهج الدراسة، وعينة الدراسة من حيث حجمها، وطريقة اختيارها، والأدوات المستخدمة في الدراسة وحساب الخصائص السيكومترية لها، وإجراءات بناء البرنامج الإرشادي، وعرض الخطوات الإجرائية التي اتبعها الباحث في الدراسة، وأخيرًا الأساليب الإحصائية المستخدمة لمعالجة البيانات التي تم الحصول عليها، وذلك على النحو التالي:

أولاً: منهج الدراسة

اعتمدت الدراسة الحالية على المناهج البحثية التالية تحقيقًا لأهداف الدراسة:

١- المنهج الوصفي الارتباطي للتعرف على العلاقة بين اتجاهات الأمهات نحو إعاقة أطفالهن المعاقين عقليًا وجودة الحياة الأسرية لهن.

٢- المنهج التجريبي (تصميم المجموعة الواحدة) للتعرف على فعالية برنامج إرشادي (متغير مستقل) لتعديل اتجاهات الأمهات نحو إعاقة أطفالهن المعاقين عقليًا (متغير تابع ١) وتأثيره على جودة الحياة الأسرية (متغير تابع ٢).

٣- المنهج الإكلينيكي لدراسة حالتين طرفيتين ومحاولة تفسير كل من الارتفاع والانخفاض في اتجاهاتهما نحو إعاقة الطفل ذي الإعاقة العقلية في القياس البعدي.

ثانياً: عينة الدراسة

انقسمت عينة الدراسة إلى المجموعات التالية:

١- **مجموعة التحقق من الخصائص السيكومترية:** اختار الباحث مجموعة قوامها (٣٠) أُمًا من أمهات الأطفال المعاقين عقليًا القابلين للتعلم، والمسجل أبنائهن بمركز إنماء لذوي الاحتياجات الخاصة بدكرنس- محافظة الدقهلية؛ للتحقق من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة، وتتراوح أعمارهن الزمنية بين (٢٨-٤٣) سنة بمتوسط عُمري قدره ٣٤,٥٣ سنة وانحراف معياري ٤,٠٤ .

٢- **مجموعة الدراسة الوصفية:** تكونت من (٦٢) أُمًا من أمهات الأطفال المعاقين عقليًا القابلين للتعلم، بواقع (٣٠) أُمًا لأطفال ذكور و (٣٢) أُمًا لإناث، وتتراوح أعمارهن الزمنية بين (٢٢-٤٢) سنة بمتوسط عُمري قدره ٣٢,٥٧ سنة وانحراف معياري ٥,٤٠ ،

وتتراوح أعمار أطفالهن ما بين ٤-٦ سنوات، والمسجلين بمركز (IQ) لتنمية مهارات ذوي الاحتياجات الخاصة بكفر الشيخ.

٣- **مجموعة الدراسة التجريبية:** تم اختيار (١٥) أُمًا عمديًا من مجموعة الدراسة الوصفية، حاصلات على درجة منخفضة على مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة (أقل من ٨٦ درجة) وتقع درجاتهن في الإرباعي الأدنى على المقياس، وتم استبعاد أُم بسبب وفاة الزوج، وأُم بسبب الطلاق، وثلاث أمهات لرفضهن المشاركة في البرنامج، وبذلك تكونت مجموعة الدراسة التجريبية من (١٠) أمهات لأطفال معاقين عقليًا قابلين للتعلم، ويوضح الجدول التالي وصف مجموعة الدراسة التجريبية:

جدول (١)

وصف مجموعة الدراسة التجريبية (ن= ١٠)

م	نوع الابن	العُمر الزمني	معامل ذكاء الابن	عُمر الأُم	المستوى التعليمي للأم
١	ذكر	٥.٥	٦٩,٨٨	٣٢	جامعي
٢	ذكر	٥	٦٤,٢٣	٢٧	متوسط
٣	ذكر	٦	٧٠,٤٠	٣٧	جامعي
٤	ذكر	٤	٥٦,٦٧	٢٨	متوسط
٥	أنثى	٤.٥	٦٠,٤٥	٣٠	فوق المتوسط
٦	أنثى	٥	٦٣,٥٩	٣٨	جامعي
٧	أنثى	٥	٥٨,٢٢	٣٢	جامعي
٨	أنثى	٦	٦٥,٦٥	٤٠	متوسط
٩	أنثى	٤.٥	٥٩,٠٩	٣٠	متوسط
١٠	أنثى	٥	٦٢,٧٩	٣١	جامعي
المتوسط الحسابي		٥,٠٥	٦٣,١٠	٣٢,٥	
الانحراف المعياري		٠,٦٤٣	٤,٦٦	٤,٣٨	

اتضح من جدول (١) أن مجموعة الدراسة التجريبية تتكون من (١٠) أمهات لأطفال معاقين عقليًا قابلين للتعلم ممن تتراوح أعمارهن الزمنية بين (٢٧-٤٠) سنة بمتوسط عُمري قدره ٣٢,٥ سنة وانحراف معياري ٤,٣٨، وتتراوح أعمار أطفالهن ما بين ٤-٦ سنوات، بمتوسط عُمري قدره ٥,٠٥ سنة وانحراف معياري ٠,٦٤٣، ويتراوح معامل ذكائهم بين (٥٦,٦٧ – ٧٠,٤) درجة على مقياس ستانفورد بينيه "الصورة الخامسة" (اقتباس وإعداد: محمود السيد أبو النيل، محمد طه، وعبد الموجود عبد السميع، ٢٠١١) بمتوسط ٦٣,١٠ وانحراف معياري ٤,٦٦ من واقع سجلاتهم بمركز (IQ) لتنمية مهارات ذوي الاحتياجات الخاصة بكفر الشيخ.

٤- **مجموعة الدراسة الإكلينيكية:** اختار الباحث قصديًا من مجموعة الدراسة التجريبية أُمًا حاصلة على درجة مرتفعة في مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة في القياس البعدي، بالإضافة لأم حاصلة على درجة منخفضة على مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة في القياس البعدي.

الخصائص التي تم مراعاتها عند اختيار مجموعة الدراسة التجريبية:

- أن يكون الأطفال المعاقين عقليًا من فئة القابلين للتعلم وغير متعددي الإعاقة.
- إقامة الأطفال مع والديهم إقامة كاملة، واستبعاد أبناء الأسر المتصدعة بسبب وفاة أحد الوالدين أو كليهما، أو بسبب الطلاق، أو بسبب زواج الأب بغير الأم.
- وجود أخوة عاديين (ذكور أو إناث) للطفل ذي الإعاقة العقلية.
- موافقة الأمهات على المشاركة في البرنامج، وحضور الجلسات الإرشادية.
- أن تكون الأمهات على قدر من التعليم (الحصول على مؤهل متوسط على الأقل).
- ألا تعاني الأمهات من أمراض مزمنة.
- أن يكون لدى الأمهات اتجاهًا سلبيًا تجاه إعاقة أطفالهن، ويشعرن بجودة حياة أسرية منخفضة.
- قام الباحث بحساب قيمة الربيعي الأدنى لدرجات الأمهات على مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة، واختار الأمهات اللاتي حصلن على درجة أقل من ٨٦ .

واستعان الباحث في بعض الجلسات الإرشادية بثلاث أمهات من مجموعة الدراسة الوصفية حاصلات على درجات مرتفعة على مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة في القياس القبلي؛ للاستفادة من خبراتهن ونقلها لمجموعة الدراسة.

ثالثًا: أدوات الدراسة

تضمنت الدراسة العديد من الأدوات السيكومترية والإكلينيكية، يتم عرضها على النحو التالي:

- **أدوات الدراسة السيكومترية، وتضم:**

١- استمارة بيانات أولية. (إعداد الباحث)

٢- مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة (إعداد الباحث)

٣- مقياس جودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا (إعداد الباحث)

٤- برنامج إرشادي لتعديل اتجاهات الأمهات نحو إعاقة أطفالهن المعاقين عقليًا لتحسين جودة الحياة الأسرية. (إعداد: الباحث)

وفيما يلي وصفًا لهذه الأدوات:

(١) استمارة بيانات أولية (إعداد الباحث)

الهدف من الاستمارة:

هدفت الاستمارة الحصول على بيانات للطفل المعاق عقليًا وأسرته من أجل انتقاء مجموعة الدراسة التجريبية، والاستفادة منها في دراسة الحالة.

القائم بعملية ملء الاستمارة:

قام الباحث بمشاركة الأمهات في ملء الاستمارة، وذلك من خلال المقابلة الفردية.

وصف الاستمارة:

تحتوي الاستمارة على مكونين رئيسيين (ملحق: ٢)، المكون الأول يحتوي على بيانات خاصة بالطفل المعاق عقليًا، والمكون الثاني يحتوي على بيانات خاصة بالأسرة (الأم، والأب، والأخوة والأخوات).

(٢) مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة (إعداد الباحث)

ظهرت الحاجة لدى الباحث لإعداد مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة؛ نظرًا لأن غالبية المقاييس التي اهتمت باتجاهات الأمهات إما أنها أعدت في بيئة غير البيئة المصرية، أو لكونها مقاييس أُعدت منذ فترة زمنية طويلة؛ ومن ثم أعدَّ الباحث هذا المقياس.

الهدف من مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة:

يهدف المقياس إلى قياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة، ويتضمن المقياس أربعة مكونات هي: (التقبل في مقابل الرفض، المساواة في مقابل التفرقة، الحنان في مقابل القسوة، والاعتدال في مقابل التدليل).

خطوات بناء مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة:

اتبع الباحث في بناء مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة الخطوات التالية:

الخطوة الأولى: تحديد مكونات اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة:

قام الباحث بتحديد مكونات اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة كما يتضمنها المقياس الحالي بناءً على:

✷ الاطـلاع علـى المفـاهيم الأساسـية للاتجـاه ومكوناتـه المعرفيـة والوجدانيـة والسـلوكية، والدراسات والبحوث السابقة المتصلة به.

✷ الاطـلاع علـى بعض المقـاييس التـي تناولـت اتجاهـات الأمهـات نحـو ذوي الاحتياجـات الخاصة، ومن أهم المقاييس التي اطلع الباحث عليها:

- مقياس الاتجاهات الوالدية نحو الإعاقة العقلية (نهى يوسف اللحامي، ١٩٨٤)، ويتكون من (٥٧) عبارة موزعة على خمسة أبعاد، وهي: التقبل، الإهمال، التفرقة، الرفض، الحماية.
- مقياس الاتجاهات الوالدية (محمد عماد الدين إسماعيل، رشدي فام منصور، ١٩٨٦)، ويتكون المقياس من (١٤٦) عبارة موزعة على عشرة مقاييس فرعية، وهي: التسلط، الحماية الزائدة، الإهمال، التدليل، القسوة، آثار الألم النفسي، التذبذب، التفرقة، السواء، والكذب.
- مقيـاس الاتجاهـات الوالديـة نحـو الابـن المعـوق عقليًـا (جمـال مختـار حمـزة، ١٩٩٢)، ويتكون المقياس من (٦٠) عبارة موزعة على خمسة مقاييس فرعية، وهي: فهم طبيعة الإعاقة العقليـة، التفـاؤل فـي مقابـل التشـاؤم بمسـتقبل الطفل المعـوق، التقبـل فـي مقابـل النبذ، الثبات في مقابل التذبذب، والمساواة في مقابل التفرقة.
- مقياس الاتجاهات نحو المعاقين عقليًا (عبد المطلب أمين القريطـي، ١٩٩٥)، ويتكون المقيـاس مـن (٦٠) عبـارة موزعـة علـى ثلاثـة مقـاييس فرعيـة، وهـي: الاتجـاه نحـو خصـائص المعـاقين وقيمـتهم، الاتجـاه نحـو تكـوين العلاقـات والتفاعـل الاجتمـاعي مـع المعاقين، والاتجاه نحو رعاية المعاقين وتعليمهم.
- مقياس اتجاهات الأم نحو طفلها المعاق عقليًا (ميرفت رجب صابر، ٢٠٠٠)، ويتكون المقياس من (٦٠) عبارة موزعة على ستة أبعاد، وهي: القبول، الرفض، التشدد والقسوة، التسامح، الإهمال، والحماية الزائدة.
- مقيـاس اتجاهـات الآبـاء والأمهـات نحـو أطفـالهم التوحـديين (منـى محمـد أبـو شـعيب، وأسامة محمد البطاينة، ٢٠١١)، ويتكون المقياس من (٢٥) عبارة موزعة علـى بُعدين: الاتجاه نحو تقبل الأبناء، والاتجاه نحو التعامل مع الأبناء.
- مقياس الاتجاه نحو الأطفال ذوي الإعاقة العقلية (Morin et al., 2013)، ويتكون المقيـاس مـن (٦٧) عبـارة موزعـة علـى خمسـة أبعـاد، وهـي: الانزعـاج، معرفـة القدرات والحقوق، التفاعل، الحنان، ومعرفة الأسباب.

- مقياس الاتجاه نحو المعاقين عقليًا (Su et al., 2015)، ويتكون المقياس من (١٧) عبارة بدون أبعاد.

الخطوة الثانية: إعداد مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة في صورته الأولية

في ضوء ما سبق؛ قام الباحث بصياغة التعريف الإجرائي لاتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة بأنه: الاستعداد العقلي والوجداني المكتسب والثابت نسبيًا لدى أُم الطفل المعاق عقليًا، والذي يحدد سلوكها واستجابتها نحو طفلها المعاق عقليًا سواء بالقبول أو بالرفض، والذي ينعكس بدوره على قبول الأُم أو رفضها لطفلها المعاق.

وصياغة بنود المقياس في الصورة الأولية، والتي اشتملت على أربعة مكونات لاتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة، وهي كالتالي:

١- التقبل في مقابل الرفض:

يُعبر **التقبل** عن اتجاه إيجابي في معاملة الأم للطفل المعاق عقليًا بطريقة إيجابية على أساس الفهم لواقع المشكلة التي يواجهها الطفل فتتقبله، وتنظر إلى مشكلته على أنه ليس له ذنب فيها ويحتاج إلى مساعدة بشأنها. وذلك في مقابل **الرفض** كاتجاه سلبي في تعامل الأم مع الابن على نحو يجعله يشعر أنه غير مرغوب فيه، وأن سلوكه يثير مشكلة كبيرة بالنسبة للأسرة ويحملها متاعب كثيرة.

٢- المساواة في مقابل التفرقة:

تعبر **المساواة** عن اتجاه إيجابي من جانب الأم، يقوم على معاملة الأبناء بالعدالة وعدم التمييز بينهم. وذلك في مقابل **التفرقة** كاتجاه سلبي من جانب الأم يقوم على التمييز أو المفاضلة وعدم المساواة لأي اعتبار من اعتبارات التفرقة بين الأبناء.

٣- الحنان في مقابل القسوة:

يعبر **الحنان** عن اتجاه إيجابي في معاملة الأم للابن على أساس من العطف والرحمة والود. وذلك في مقابل **القسوة** كاتجاه سلبي في استخدام الأم للأساليب التي تتسم بالعنف والقهر والضغط.

٤- الاعتدال في مقابل التدليل:

يعبر **الاعتدال** عن اتجاه إيجابي في معاملة الأم للابن، ويقوم على الاتزان والحكمة في معاملة الأبناء. وذلك في مقابل **التدليل** كاتجاه سلبي في معاملة الأم للابن يقوم على الإفراط في تلبية رغباته ومطالبه، وعلى إعطائه عطفاً وحُباً زائدين دون تحمل للمسئولية.

كما تم صياغة عبارات الصورة الأولية لمقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة وفقًا لكل مُكوِّن، ثم عرضها الباحث على مجموعة المحكمين من أعضاء هيئة التدريس في مجاليّ علم النفس والصحة النفسية (ملحق: ١)، وقد اشتملت على التعريف الإجرائي لاتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة، وتعريف كل مُكون من مكونات المقياس، وطُلب منهم الحُكم على المقياس في ضوء ما يلي:

أ- تحديد البنود الغامضة، والتي لا توضح السلوك المراد قياسه.

ب- انتماء البند للمكون الذي ينتمي إليه في ضوء تعريف المكون الإجرائي.

جـ- الصياغة الملائمة لكل بند من بنود المقياس.

د- إبداء أي ملاحظات حول تعديل أو إضافة أو حذف ما يلزم.

ويتم الإجابة على كل بند من بنود المقياس من خلال ثلاثة بدائل وهي (دائمًا= ٣، أحيانًا= ٢، نادرًا= ١) للبنود الموجبة، وتصحح البنود السلبية بصورة معكوسة (دائمًا= ١، أحيانًا= ٢، نادرًا= ٣)، وتشير الدرجة المرتفعة إلى اتجاه إيجابي للأم نحو إعاقة ابنها في حين تشير الدرجة المنخفضة إلى اتجاه سلبي للأم نحو إعاقة ابنها.

الخطوة الثالثة: في ضوء توجيهات السادة المحكمين (عشرة محكمين) قام الباحث بإعادة صياغة بعض بنود المقياس، وحذف بعض البنود التي لم تصل نسبة الاتفاق فيها على ٨٠٪ من إجمالي عدد المحكمين، ونتيجة لذلك أصبح عدد بنود المقياس (٥٦) بندًا، بدلاً من (٦١) بندًا، ويمكن إيجاز ذلك في الجداول الآتية:

جدول (٢)

نسب اتفاق المحكمين على بنود الصورة الأولية لمقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة

المكون	رقم البند	نسبة الاتفاق	المكون	رقم البند	نسبة الاتفاق
الأول: التقبل في مقابل الرفض	١	٩٠ ٪	الثالث: الحنان في مقابل القسوة	٣٠	٨٠ ٪
	٢	١٠٠ ٪		٣١	٧٠ ٪
	٣	١٠٠ ٪		٣٢	١٠٠ ٪
	٤	٩٠ ٪		٣٣	١٠٠ ٪
	٥	١٠٠ ٪		٣٤	٩٠ ٪
	٦	٩٠ ٪		٣٥	١٠٠ ٪
	٧	١٠٠ ٪		٣٦	٩٠ ٪
	٨	١٠٠ ٪		٣٧	١٠٠ ٪
	٩	١٠٠ ٪		٣٨	١٠٠ ٪
	١٠	٧٠ ٪		٣٩	١٠٠ ٪
	١١	٩٠ ٪		٤٠	٩٠ ٪

المكون	رقم البند	نسبة الاتفاق
	١٢	١٠٠ ٪
	١٣	٩٠ ٪
	١٤	١٠٠ ٪
الثاني: المساواة في مقابل التفرقة	١٥	٩٠ ٪
	١٦	١٠٠ ٪
	١٧	٩٠ ٪
	١٨	١٠٠ ٪
	١٩	١٠٠ ٪
	٢٠	١٠٠ ٪
	٢١	٨٠ ٪
	٢٢	١٠٠ ٪
	٢٣	٦٠ ٪
	٢٤	٩٠ ٪
	٢٥	١٠٠ ٪
	٢٦	١٠٠ ٪
	٢٧	٩٠ ٪
	٢٨	١٠٠ ٪
	٢٩	١٠٠ ٪

المكون	رقم البند	نسبة الاتفاق
	٤١	١٠٠ ٪
	٤٢	١٠٠ ٪
	٤٣	٧٠ ٪
	٤٤	١٠٠ ٪
	٤٥	١٠٠ ٪
	٤٦	١٠٠ ٪
	٤٧	٩٠ ٪
	٤٨	٩٠ ٪
الرابع: الاعتدال في مقابل التدليل	٤٩	١٠٠ ٪
	٥٠	٩٠ ٪
	٥١	١٠٠ ٪
	٥٢	٩٠ ٪
	٥٣	١٠٠ ٪
	٥٤	١٠٠ ٪
	٥٥	٦٠ ٪
	٥٦	١٠٠ ٪
	٥٧	٩٠ ٪
	٥٨	١٠٠ ٪
	٥٩	٩٠ ٪
	٦٠	١٠٠ ٪
	٦١	١٠٠ ٪

جدول (٣)

البنود التي لم تصل نسبة الاتفاق عليها (٨٠ ٪) من إجمالي المحكمين وتم حذفها من الصورة الأولية لمقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة

المكون	رقم البند في الصورة الأولية	البنـد	نسبة الاتفاق عليه
الأول: التقبل في مقابل الرفض	١٠	استجيب لطلبات ابني ذي الإعاقة العقلية.	٧٠ ٪
الثاني: المساواة في مقابل التفرقة	٢٣	لا أصغى لابني ذي الإعاقة العقلية كباقي إخوته.	٦٠ ٪
الثالث: الحنان في مقابل القسوة	٣١	لا أهدد ابني ذي الإعاقة العقلية كثيرًا.	٧٠ ٪
	٤٣	أعاقب ابني ذي الإعاقة العقلية بأساليب قاسية.	٧٠ ٪
الرابع: الاعتدال في مقابل التدليل	٥٥	أوجه ابني ذي الإعاقة العقلية مثل إخوته.	٦٠ ٪

جدول (٤)

البنود التي اقترح المحكمون تعديلها في الصورة الأولية لمقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة

المُكون	رقم البند	البند قبل التعديل	البند بعد التعديل	نسبة الاتفاق على تعديله
الأول: التقبل في مقابل الرفض	١١	أرفض الحوار مع ابني ذي الإعاقة العقلية.	أرفض بذل الجُهد مع ابني ذي الإعاقة العقلية.	١٠ ٪
الثاني: المساواة في مقابل التفرقة	١٥	لا أهتم برعاية ابني ذي الإعاقة العقلية مثل أخوته.	أهمل رعاية ابني ذي الإعاقة العقلية.	٢٠ ٪
	٢١	أحضر ملابس جديدة لجميع أبنائي في المناسبات دون تفرقة.	أشتري ملابس جديدة لجميع أبنائي في المناسبات دون تفرقة.	٣٠ ٪
	٢٤	أعاقب أبنائي في حالة الخطأ عقابًا بسيطًا ما عدا ابني ذي الإعاقة العقلية فأعاقبه بشدة.	أعاقب ابني ذي الإعاقة العقلية بشدة أكثر من إخوته.	٢٠ ٪
	٢٧	أمنع اصطحاب ابني العادي لأخيه ذي الإعاقة العقلية في المناسبات.	أرفض اصطحاب ابني ذي الإعاقة العقلية في المناسبات مع أخيه.	٣٠ ٪
الثالث: الحنان في مقابل القسوة	٣١	لا أهدد ابني ذي الإعاقة العقلية كثيرًا.	أهدد ابني ذي الإعاقة العقلية.	٣٠ ٪
	٤٧	كثيرًا ما استخدم الضرب في توجيه وتقويم ابني ذي الإعاقة العقلية.	الضرب هو الأسلوب الوحيد في توجيه ابني ذي الإعاقة العقلية.	١٠ ٪
	٤٨	أحبس ابني ذي الإعاقة العقلية في غرفته عند وجود ضيوف في المنزل.	أغلق على ابني ذي الإعاقة العقلية غرفته عند وجود ضيوف.	٢٠ ٪
الرابع: الاعتدال في مقابل التدليل	٥٠	أقف في صف ابني ذي الإعاقة العقلية دائمًا.	أقف في صف ابني ذي الإعاقة العقلية مهما فعل.	٤٠ ٪
	٥٢	أُلبي رغبات ابني ذي الإعاقة العقلية دائمًا.	أُلبي رغبات ابني ذي الإعاقة العقلية مهما كانت.	٤٠ ٪

الخطوة الرابعة: الخصائص السيكومترية لمقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة:

للتحقق من كفاءة وصلاحية المقياس قام الباحث بتطبيق مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة على مجموعة قوامها (٣٠) أُمًا من أمهات الأطفال المعاقين عقليًا من خارج مجموعة الدراسة التجريبية؛ ثم حساب الاتساق الداخلي للمقياس، وصدقه، وثباته من خلال درجات تلك المجموعة على بنود المقياس، وذلك كما يلي:

(١) الاتساق الداخلي لمقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة

قام الباحث بحساب الاتساق الداخلي للمقياس عن طريق حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية للمكون الذي ينتمي إليه البند، كما تم حساب اتساق مكونات المقياس فيما بينها من جهة، وبالمقياس ككل من جهة أخرى، حيث أبقى الباحث على البنود والمكونات التي أظهرت ارتباطًا جوهريًا ودالاً إحصائيًا، وتوضيح ذلك فيما يلي:

جدول (٥)

معاملات الارتباط بين درجة كل بند من بنود مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا بالدرجة الكلية للمكون (ن=٣٠)

المكون الأول التقبل في مقابل الرفض			المكون الثاني المساواة في مقابل التفرقة			المكون الثالث الحنان في مقابل القسوة			المكون الرابع الاعتدال في مقابل التدليل		
رقم	ارتباط البند بالمكون	مستوى الدلالة	رقم	ارتباط البند بالمكون	مستوى الدلالة	رقم	ارتباط البند بالمكون	مستوى الدلالة	رقم	ارتباط البند بالمكون	مستوى الدلالة
١	٠,٧٥٣	٠,٠١	١٤	٠,٥٢٧	٠,٠١	٢٨	٠,٤٨٠	٠,٠١	٤٥	٠,٦٥١	٠,٠١
٢	٠,٤٠٦	٠,٠٥	١٥	٠,٤٣٦	٠,٠٥	٢٩	٠,٤٦٣	٠,٠٥	٤٦	٠,٤٨٨	٠,٠١
٣	٠,٦٢٤	٠,٠١	١٦	٠,٧٨٥	٠,٠١	٣٠	٠,٧٥٨	٠,٠١	٤٧	٠,٦٣٧	٠,٠١
٤	٠,٧٢٨	٠,٠١	١٧	٠,٦٦٦	٠,٠١	٣١	٠,٦٤٧	٠,٠١	٤٨	٠,٣٨٢	٠,٠٥
٥	٠,٦٦٦	٠,٠١	١٨	٠,٣٨٧	٠,٠٥	٣٢	٠,٧٧٠	٠,٠١	٤٩	٠,٦٥٧	٠,٠١
٦	٠,٥٤٠	٠,٠١	١٩	٠,٧٩١	٠,٠١	٣٣	٠,٥٤٤	٠,٠١	٥٠	٠,٧٩٢	٠,٠١
٧	٠,٥٠٠	٠,٠١	٢٠	٠,٦٤١	٠,٠١	٣٤	٠,٧٣٩	٠,٠١	٥١	٠,٦٣٢	٠,٠١
٨	٠,٢٠٠	غير دالة	٢١	٠,٥٨٣	٠,٠١	٣٥	٠,٦٦٠	٠,٠١	٥٢	٠,٣٤٩	غير دالة
٩	٠,٧٠٧	٠,٠١	٢٢	٠,٤٠٤	٠,٠٥	٣٦	٠,٣٨٩	٠,٠٥	٥٣	٠,٥٢١	٠,٠١
١٠	٠,٤٨٦	٠,٠١	٢٣	٠,٧١٤	٠,٠١	٣٧	٠,٧٨٠	٠,٠١	٥٤	٠,٤٠٥	٠,٠٥
١١	٠,٣٦٧	٠,٠٥	٢٤	٠,٦٤٧	٠,٠١	٣٨	٠,٥٥٧	٠,٠١	٥٥	٠,٦١٨	٠,٠١
١٢	٠,٧٤٩	٠,٠١	٢٥	٠,٥٠٨	٠,٠١	٣٩	٠,٤٦٣	٠,٠٥	٥٦	٠,٦٣٧	٠,٠١
١٣	٠,٥٧٧	٠,٠١	٢٦	٠,٦٠٩	٠,٠١	٤٠	٠,٦٨٣	٠,٠١			
			٢٧	٠,٧٦٤	٠,٠١	٤١	٠,٧٨٩	٠,٠١			
						٤٢	٠,٢٩٧	غير دالة			
						٤٣	٠,٦١١	٠,٠١			
						٤٤	٠,٤٣٥	٠,٠٥			

اتضح من جدول (٥) أن معظم بنود المقياس دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ بينما البنود ٢، ١١، ١٥، ١٨، ٢٢، ٢٩، ٣٦، ٣٩، ٤٤، ٤٨، ٥٤ دالة عند مستوى ٠,٠٥، بينما وجد البنود ٨، ٤٢، ٥٢ غير دالة إحصائيًا؛ وبناءً على ذلك تم حذفها من مكوناتها، وبذلك أصبح عدد بنود المقياس (٥٣) بندًا، بدلاً من (٥٦) بندًا.

جدول (٦)

معاملات الارتباط بين مكونات مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا بعضها ببعض، وبينها وبين الدرجة الكلية للمقياس (ن=٣٠)

المكونات	التقبل في مقابل الرفض	المساواة في مقابل التفرقة	الحنان في مقابل القسوة	الاعتدال في مقابل التدليل	الدرجة الكلية للمقياس
التقبل في مقابل الرفض	١				
المساواة في مقابل التفرقة	٠,٧٨٢**	١			
الحنان في مقابل القسوة	٠,٧٨٥**	٠,٧٦٥**	١		
الاعتدال في مقابل التدليل	٠,٧٥٣**	٠,٨٠٩**	٠,٧٢٠**	١	
الدرجة الكلية للمقياس	٠,٨٤٧**	٠,٨٣٣**	٠,٨٢٨**	٠,٨٤٤**	١

(**) دالة عند مستوى ٠,٠١ (*) دالة عند مستوى ٠,٠٥

اتضح من جدول (٦) أن كل معاملات الارتباط بين مكونات اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة بعضها ببعض دالة إحصائيًا عند مستوى ٠,٠١، كما أن ارتباطها بالدرجة الكلية للمقياس دال إحصائيًا أيضًا عند مستوى ٠,٠١ ؛ مما يدل على تماسك مكونات مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة والمقياس ككل.

(٢) صدق مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة

للتحقق من صدق المقياس الحالي قام الباحث بالاعتماد على بعض الطرق الوصفية والإحصائية، وهي كالتالي:

أ- الصدق الظاهري لمقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة:

يتعلق بمدى مناسبة الأداة من حيث شكلها العام للمجال المراد قياسه، وكيفية صياغة البنود ومدى وضوحها، ومن هذا المنطلق قام الباحث بعرض المقياس على عشرة محكمين (ملحق: ١)؛ لتحديد مدى صدق الأداة، وقد سبقت الإشارة لذلك.

ب- الصدق المرتبط بالمحك:

تعتمد تلك الطريقة على مدى الارتباط بين درجات المقياس بدرجات مقياس آخر تم استخدامه كمحك خارجي، حيث استخدم الباحث مقياس الاتجاهات نحو المعاقين عقليًا (إعداد: عبد المطلب أمين القريطي، ١٩٩٥)، وقد حصل الباحث على معامل ارتباط قيمته ٠,٨١ وهو معامل ارتباط قوي؛ مما يعطي مؤشرًا على صدق المقياس.

ج- صدق المقارنة الطرفية

لحساب صدق المقارنة الطرفية؛ تم ترتيب درجات مجموعة التحقق من الخصائص السيكومترية ترتيبًا تنازليًا على المحك مقياس الاتجاهات نحو المعاقين عقليًا (إعداد: عبد المطلب أمين القريطي، ١٩٩٥)، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين تمثلت الأولى في نسبة الـ (٢٧ ٪) الأعلى، في حين تمثلت الثانية في نسبة الـ (٢٧ ٪) الأدنى، وقام الباحث بحساب قيمة (Z) ودلالتها الإحصائية للفرق بين متوسطيّ درجات المجموعتين الـ (٢٧ ٪) الأعلى، والـ (٢٧ ٪) الأدنى على مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة (إعداد: الباحث).

ويوضح الجدول التالي الفرق بين متوسطيّ رتب المجموعتين لـ (٢٧ ٪) الأعلى، والـ (٢٧ ٪) الأدنى على مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة (إعداد: الباحث).

جدول (٧)

قيم (Z, W, U) ودلالتها الإحصائية للفرق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين (الـ ٢٧ ٪ الأعلى، والـ ٢٧ ٪ الأدنى) على مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة (إعداد: الباحث)

المجموعة	عدد الأمهات	المتوسط	الانحراف المعياري	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	W	Z	مستوى الدلالة
٢٧٪ الأعلى	٨	١١٩,٦٢	٤,٥٦٥	١٢,٥٠	١٠٠,٠٠	صفر	٣٦,٠٠	٣,٣٦١-	دالة عند ٠,٠١
٢٧٪ الأدنى	٨	٧٦,١٣	٥,١٩٤	٤,٥٠	٣٦,٠٠				

اتضح من جدول (٧) أن الفرق بين متوسطي رتب المجموعتين الـ (٢٧ ٪) الأعلى والـ (٢٧ ٪) الأدنى على مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة (إعداد: الباحث) دال إحصائيًا عند مستوى دلالة (٠,٠١) مما يدل على قدرة المقياس على التمييز بين الأمهات مرتفعي ومنخفضي الاتجاه نحو إعاقة أبنائهن، وهو ما يعطي مؤشرًا على صدق المقياس.

(٣) ثبات مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة

استخدم الباحث ثلاث طرق لحساب ثبات المقياس، وهي طريقة معامل ألفا- لكرونباخ، والتجزئة النصفية باستخدام معادلة سبيرمان- براون، وجيتمان Spearman - Brown & Gutman، وطريقة إعادة تطبيق المقياس على نفس أفراد المجموعة بعد مرور أسبوعين من تاريخ انتهاء التطبيق الأول، ويوضح الجدول التالي معاملات الثبات لمكونات المقياس والدرجة الكلية:

جدول (٨)

معاملات الثبات لمكونات مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة والدرجة الكلية (ن= ٣٠)

المكونات	ألفا- لكرونباخ	التجزئة النصفية		إعادة التطبيق
		سبيرمان- براون	جيتمان	
التقبل في مقابل الرفض	٠,٧١٠	٠,٧٣٨	٠,٧٣٨	٠,٨١٠
المساواة في مقابل التفرقة	٠,٧٦٠	٠,٨١٩	٠,٨١٨	٠,٨٥١
الحنان في مقابل القسوة	٠,٧٨٦	٠,٧٧٨	٠,٧٧٠	٠,٨٢٤
الاعتدال في مقابل التدليل	٠,٧٧٣	٠,٨٧٢	٠,٨٦٨	٠,٨٢٨
الدرجة الكلية للمقياس	٠,٨٩٦	٠,٧١٠	٠,٧١٠	٠,٩٠٨

اتضح من جدول (٨) أن قيم معاملات الثبات مرتفعة؛ مما يعطي مؤشرًا على ثبات المقياس، والاعتماد عليه في الدراسة الحالية، ويرجع ارتفاع معاملات ثبات المقياس إلى استخدام الباحث لطريقة معامل ألفا– لكرونباخ في حذف البند الذي سيترتب على حذفه رفع معاملات الثبات للمقياس، وبناءً على ذلك حذف الباحث البند (٢٩) من المُكون الثالث، وبذلك أصبح عدد بنود المقياس (٥٢) بندًا، بدلاً من (٥٣) بندًا.

الخطوة الخامسة: الصورة النهائية لمقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة

تكونت الصورة النهائية لمقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة بعد حساب الخصائص السيكومترية للمقياس من (٥٢) بندًا موزعة على أربعة مكونات فرعية (ملحق: ٥)، ويوضح جدول (٩) مكونات المقياس والبنود المكونة لكل مكون.

جدول (٩)

الصورة النهائية لمقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة

م	المُكون	البنود		عدد البنود	البنود السالبة	توزيع الدرجات	
		من	إلى			أقل درجة	أعلى درجة
١	التقبل في مقابل الرفض	١	١٢	١٢	٣، ٥، ٧، ٩، ١٠، ١٢	١٢	٣٦
٢	المساواة في مقابل التفرقة	١٣	٢٦	١٤	١٣، ١٨، ٢٠، ٢١، ٢٢، ٢٤	١٤	٤٢
٣	الحنان في مقابل القسوة	٢٧	٤١	١٥	٢٨، ٣٠، ٣٢، ٣٦، ٣٨، ٤٠، ٤١	١٥	٤٥
٤	الاعتدال في مقابل التدليل	٤٢	٥٢	١١	٤٣، ٤٥، ٤٧، ٤٨، ٤٩، ٥٠	١١	٣٣
الدرجة الكلية لمقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة				٥٢		٥٢	١٥٦

قام الباحث بمراجعة تعليمات المقياس للتأكد من دقة صياغتها، وذلك قُبيل تطبيق المقياس. وبذلك فقد تكوَّن مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة من (٥٢) بندًا، موزعة على أربعة مكونات هي: التقبل في مقابل الرفض- المساواة في مقابل التفرقة- الحنان في مقابل القسوة- الاعتدال في مقابل التدليل.

- طريقة حساب درجات مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة:

قام الباحث بوضع ثلاثة اختيارات أمام كل بند يتضمنه المقياس، تتمثل في الاختيارات (دائمًا- أحيانًا- نادرًا)، وتقوم الأم بوضع علامة (√) أمام البند في الخانة التي تعبر بدقة عن سلوكها واستجاباتها، وتأخذ المفردة الموجبة الدرجات (٣-٢-١) على الترتيب، بينما تأخذ المفردة السالبة الدرجات (١-٢-٣) على الترتيب، وبذلك تصبح الدرجة الصغرى للمقياس ككل (٥٢) درجة والدرجة العظمى (١٥٦) درجة، وتشير الدرجة المرتفعة إلى اتجاه إيجابي للأم نحو إعاقة ابنها في حين تشير الدرجة المنخفضة إلى اتجاه سلبي للأم نحو إعاقة ابنها.

(٣) مقياس جودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا (إعداد: الباحث)

ظهرت الحاجة لدى الباحث لإعداد مقياس جودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا، نظرًا لأن غالبية المقاييس التي اهتمت بجودة الحياة الأسرية إما أنها أعدت في بيئة غير البيئة المصرية، أو تناولت مكونات مختلفة عن مكونات الدراسة الحالية؛ ومن ثم أعدَّ الباحث هذا المقياس ليركز على مكونات الدراسة الحالية.

ـ الهدف من مقياس جودة الحياة الأسرية:

يهدف المقياس إلى قياس الشعور بجودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا، ويتضمن المقياس خمسة مكونات هي: (حل المشكلات الأسرية، ومواجهة الضغوط، والقيام بالأدوار الأسرية، والقبول الإيجابي للابن المعاق، والرضا عن الحياة).

ـ خطوات بناء مقياس جودة الحياة الأسرية:

اتبع الباحث في بناء مقياس جودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا الخطوات التالية:

الخطوة الأولى: تحديد مكونات جودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا:

قام الباحث بتحديد مكونات جودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا كما يتضمنها المقياس الحالي بناءً على:

* الاطلاع على المفاهيم الأساسية لجودة الحياة الأسرية، والدراسات والبحوث السابقة المتصلة بها.
* الاطلاع على بعض المقاييس التي تناولت جودة الحياة الأسرية، ومن أهم المقاييس التي اطلع الباحث عليها:

- مقياس مركز الشاطئ لجودة الحياة الأسرية The Beach Center Family Quality of Life Scale (Park et al., 2003) ، وتم تطويره بواسطة فريق من الباحثين في مركز الشاطئ للإعاقة في جامعة كنساس في الولايات المتحدة الأمريكية، ويتكون المقياس من (٢٥) عبارة موزعة على خمسة أبعاد، وهي: التفاعل الأسري ويتضمن (٦) عبارات، الوالدية ويتضمن (٦) عبارات، الرفاهية الانفعالية ويتضمن (٤) عبارات، جودة الحياة المادية ويتضمن (٥) عبارات، المساندة الاجتماعية ويتضمن (٤) عبارات.
- مسح جودة الحياة الأسرية Family Quality of Life Survey (FQOLS)، وتم تطويره بواسطة فريق دولي من الباحثين (Brown et al., 2006)، ويستخدم بشكل متزايد مع أسر المعاقين عقلياً.
- مقياس جودة الحياة (زينب محمود شقير، ٢٠٠٩ ب)، يتكون المقياس من ١٠٠ عبارة موزعة على ثلاثة معايير، وهي: معيار الصحة ويتضمن ٢٤ عبارة ويتكون من المحكات التشخيصية (الصحة البدنية- الصحة العقلية- الصحة الانفعالية)، ومعيار خصائص الشخصية السوية ويتضمن ٤٠ عبارة ويتكون من المحكات التشخيصية (الصلابة النفسية- الثقة بالنفس- السلوك التوكيدي- الرضا عن الحياة- السعادة- التفاؤل- الاستقلال النفسي- الكفاءة الذاتية)، والمعيار الخارجي ويتضمن ٣٦ عبارة ويتكون من المحكات التشخيصية (الانتماء- العمل- المهارات الاجتماعية- المساندة الاجتماعية- المكانة الاجتماعية- القيم الدينية والخلقية).
- مقياس طيب الحياة النفسية لآباء الأطفال المعاقين عقليا (أحمد محمد أبو زيد، ٢٠١١)، يتكون المقياس من (٦٣) عبارة موزعة على ستة أبعاد، وهي: الاستقلال الذاتي ويتضمن (٩) عبارات، تقبل الذات ويتضمن (١٢) عبارة، الكفاءة البيئية ويتضمن (١١) عبارة،

العلاقات الإيجابية ويتضمن (١١) عبارة، النمو الشخصي ويتضمن (١٠) عبارات، الحياة الهادفة ويتضمن (١٠) عبارات

- مقياس جودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة السمعية البصرية (منى بدر الجناعي، ٢٠١٢)، يتكون المقياس من (٧٢) عبارة موزعة على ثمانية أبعاد، وهي: السلامة الصحية، التفاعل الأسري، الاتزان الانفعالي، القيم، الصحة النفسية، المعاملة الوالدية، التوافق الزواجي، تقبل الإعاقة.
- مقياس جودة الحياة لأسر أطفال الأوتيزم (أشرف أحمد عبد القادر، ٢٠١٣)، يتكون المقياس من (٣٨) عبارة بدون أبعاد.
- مقياس جودة الحياة لأمهات الأطفال المصابين بالأوتيزم (هدى أمين عبد العزيز، ٢٠١٤)، يتكون المقياس من (٤٠) عبارة موزعة على أربعة أبعاد، وهي: الصحة العامة ويتضمن (١٣) عبارة، الصحة النفسية ويتضمن (٩) عبارات، العلاقات الاجتماعية ويتضمن (٩) عبارات، البيئة ويتضمن (٩) عبارات.
- مقياس جودة الحياة لأمهات الأطفال المعاقين عقليا (رضوان عبد الرحمن أبو ركبة، ٢٠١٦)، يتكون المقياس من (٩٩) عبارة موزعة على سبعة أبعاد، وهي: جودة الحالة الصحية ويتضمن (١٤) عبارة، جودة الحياة النفسية ويتضمن (١٥) عبارة، جودة إدارة الوقت ويتضمن (١٣) عبارة، جودة الحياة الدينية ويتضمن (١٤) عبارة، المساندة الاجتماعية ويتضمن (١٣) عبارة، الرضا عن الحياة ويتضمن (١٧) عبارة، الصلابة النفسية ويتضمن (١٣) عبارة.

الخطوة الثانية: إعداد مقياس جودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا في صورته الأولية

وفي ضوء ذلك قام الباحث بإعداد الصورة الأولية للمقياس، والتي اشتملت على خمسة مكونات لجودة الحياة الأسرية، وهي كالتالي:

١- حل المشكلات الأسرية:

يقصد بها: استخدام الأُم للمعارف والخبرات والتجارب التي مرت بها للتغلب على الصعوبات والتوصل إلى حل للمشكلات التي تواجه الأسرة وذلك بمناقشتها والحوار حولها، واللجوء إلى ذوي الخبرة للاستفادة بآرائهم.

٢- مواجهة الضغوط:

يقصد بها: قدرة الأُم على تنظيم انفعالاتها وسلوكها، وتوجيهها لمواجهة المواقف الحياتية التي يمكن أن تواجه أسرتها، ومواجهة المواقف الضاغطة بالشكل المناسب وباشتراك أفراد الأسرة في حلها.

٣- القيام بالأدوار الأسرية:

يقصد بها: قدرة الأُم على أداء أدوارها المختلفة، وإشباع حاجات أفراد الأسرة المتنوعة بصفة عامة وابنها المعاق بصفة خاصة، وتوزيع الأدوار، والمشاركة في إتمام الواجبات الأسرية.

٤- القبول الإيجابي للابن المعاق:

يقصد به: عدم رفض الأم أو أفراد أسرتها لوجود فرد معاق بالأسرة، وقدرة الأُم على تعديل سلوكياتها، وسلوكيات أفراد الأسرة في التعامل مع الابن المعاق، وامتلاك فنيات عديدة كالنمذجة والإقناع وتقديم المكافآت والعقاب، والمناقشة للإقناع، ومساعدتهم على التواصل الفعال.

٥- الرضا عن الحياة:

يقصد به: تقبل الأم لذاتها وأسرتها بكل ما فيها من عوامل قوة في جميع الجوانب المعرفية والوجدانية والاجتماعية والروحية، ووعيها بجوانب الضعف مما يصل بها إلى درجة مقبولة من التوافق مع نفسها ومع المحيطين بها.

ويعرف الباحث جودة الحياة الأسرية إجرائيًا بأنها: وعي الأم الإيجابي الذي ينعكس على مشاعرها التي تدفعها إلى استخدام الأساليب الفعالة لتقوية الروابط الأسرية وتدعيمها، والتعامل بإيجابية مع الضغوط الحياتية، والعمل على مناقشة المشكلات والسعي لحلها؛ مما يشعرها بالاستمتاع، ومساعدة أفراد الأسرة لتقبُل الابن المعاق لتقوية العلاقات الاجتماعية بينه وبين أفراد الأسرة والبيئة المحيطة، والرضا عن الحياة.

كما تم صياغة عبارات الصورة الأولية لمقياس جودة الحياة الأسرية وفقًا لكل مُكون (ملحق: ٤)، ثم عرضها الباحث على مجموعة المحكمين من أعضاء هيئة التدريس في مجاليّ علم النفس والصحة النفسية، وقد اشتملت على التعريف الإجرائي لجودة الحياة الأسرية، وتعريف كل مُكون من مكونات المقياس، وطُلب منهم الحُكم على المقياس في ضوء ما يلي:

أ- تحديد البنود الغامضة، والتي لا توضح السلوك المراد قياسه.

ب- انتماء البند للمكون الذي ينتمي إليه في ضوء تعريف المكون الإجرائي.

جـ- الصياغة الملائمة لكل بند من بنود المقياس.

د- إبداء أي ملاحظات حول تعديل أو إضافة أو حذف ما يلزم.

ويتم الإجابة على كل بند من بنود المقياس من خلال ثلاثة بدائل وهي (دائمًا= ٣، أحيانًا= ٢، نادرًا= ١) للبنود الموجبة، وتصحح البنود السلبية بصورة معكوسة (دائمًا= ١، أحيانًا= ٢، نادرًا= ٣)، وتشير الدرجة المرتفعة إلى ارتفاع الشعور بجودة الحياة الأسرية في حين تشير الدرجة المنخفضة إلى انخفاض الشعور بجودة الحياة الأسرية.

الخطوة الثالثة: في ضوء توجيهات السادة المحكمين (عشرة محكمين) قام الباحث بإعادة صياغة بعض البنود، وحذف بعض البنود التي لم تصل نسبة الاتفاق فيها على ٨٠٪ من إجمالي عدد المحكمين، ونتيجة لذلك أصبح عدد بنود المقياس (٥٥) بندًا، بدلاً من (٥٧) بندًا، ويمكن إيجاز ذلك في الجداول الآتية:

جدول (١٠)

نسب اتفاق المحكمين على بنود الصورة الأولية من مقياس جودة الحياة الأسرية

المكون	رقم البند	نسبة الاتفاق	المكون	رقم البند	نسبة الاتفاق
الأول: حل المشكلات الأسرية	١	١٠٠ ٪		٣٠	١٠٠ ٪
	٢	١٠٠ ٪		٣١	٨٠ ٪
	٣	٩٠ ٪		٣٢	٩٠ ٪
	٤	١٠٠ ٪		٣٣	١٠٠ ٪
	٥	١٠٠ ٪		٣٤	١٠٠ ٪
	٦	١٠٠ ٪	الرابع: القبول الإيجابي للابن المعاق	٣٥	١٠٠ ٪
	٧	١٠٠ ٪		٣٦	٨٠ ٪
	٨	٦٠ ٪		٣٧	٩٠ ٪
	٩	١٠٠ ٪		٣٨	١٠٠ ٪
	١٠	١٠٠ ٪		٣٩	١٠٠ ٪
	١١	٨٠ ٪		٤٠	٨٠ ٪
الثاني: مواجهة الضغوط	١٢	١٠٠ ٪		٤١	١٠٠ ٪
	١٣	١٠٠ ٪		٤٢	١٠٠ ٪
	١٤	٩٠ ٪		٤٣	١٠٠ ٪
	١٥	١٠٠ ٪		٤٤	٧٠ ٪
	١٦	١٠٠ ٪		٤٥	٩٠ ٪

المكون	رقم البند	نسبة الاتفاق	المكون	رقم البند	نسبة الاتفاق
	١٧	٩٠ ٪	الخامس: الرضا عن الحياة	٤٦	١٠٠ ٪
	١٨	٨٠ ٪		٤٧	١٠٠ ٪
	١٩	١٠٠ ٪		٤٨	٩٠ ٪
	٢٠	١٠٠ ٪		٤٩	١٠٠ ٪
	٢١	٩٠ ٪		٥٠	١٠٠ ٪
	٢٢	١٠٠ ٪		٥١	١٠٠ ٪
الثالث: القيام بالأدوار الأسرية	٢٣	١٠٠ ٪		٥٢	١٠٠ ٪
	٢٤	٩٠ ٪		٥٣	٩٠ ٪
	٢٥	١٠٠ ٪		٥٤	١٠٠ ٪
	٢٦	٩٠ ٪		٥٥	١٠٠ ٪
	٢٧	١٠٠ ٪		٥٦	٨٠ ٪
	٢٨	١٠٠ ٪		٥٧	٩٠ ٪
	٢٩	٩٠ ٪			

جدول (١١)

البنود التي لم تصل نسبة الاتفاق عليها (٨٠ ٪) من إجمالي المحكمين وتم حذفها من الصورة الأولية لمقياس جودة الحياة الأسرية

المكون	رقم البند في الصورة الأولية	البنـد	نسبة الاتفاق عليه
الأول: حل المشكلات الأسرية	٨	أضع خطة لتنفيذ الحلول المناسبة.	٦٠ ٪
الرابع: القبول الإيجابي للابن المعاق	٤٤	أجعل ابني ذي الإعاقة العقلية يعمم السلوك السوي في مواقف أخرى.	٧٠ ٪

جدول (١٢)

البنود التي اقترح المحكمون تعديلها في الصورة الأولية لمقياس جودة الحياة الأسرية

المُكون	رقم البند	البند قبل التعديل	البند بعد التعديل	نسبة الاتفاق على تعديله
الأول: حل المشكلات الأسرية	١١	أشعر بالفشل كلما واجهتني مشكلة مع ابني ذي الإعاقة العقلية.	أشعر بالإحباط كلما واجهتني مشكلة مع ابني ذي الإعاقة العقلية.	٢٠ ٪
الثالث: القيام بالأدوار الأسرية	٢٩	أحرص على التواجد مع ابني ذي الإعاقة العقلية.	أحرص على التواجد مع ابني ذي الإعاقة العقلية لفترة مناسبة كل يوم	١٠ ٪
	٣١	انشغالي بابني ذي الإعاقة العقلية يمنعني عن القيام بأدواري الأخرى في الأسرة.	انشغالي بابني ذي الإعاقة العقلية يمنعني عن القيام بأدواري الأسرية الأخرى.	٢٠ ٪
الرابع: القبول الإيجابي للابن المعاق	٣٧	أعامل ابني ذي الإعاقة العقلية برفق أمام الآخرين.	أعامل ابني ذي الإعاقة العقلية برفق.	١٠ ٪

الخطوة الرابعة: الخصائص السيكومترية لمقياس جودة الحياة الأسرية:

للتحقق من كفاءة وصلاحية المقياس قام الباحث بتطبيق مقياس جودة الحياة الأسرية على مجموعة قوامها (٣٠) أُمًا من أمهات الأطفال المعاقين عقليًا من خارج مجموعة الدراسة التجريبية؛ ثم حساب الاتساق الداخلي للمقياس، وصدقه، وثباته من خلال درجات تلك المجموعة على بنود المقياس، وذلك كما يلي:

(١) الاتساق الداخلي لمقياس جودة الحياة الأسرية

قام الباحث بحساب الاتساق الداخلي للمقياس عن طريق حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية للمكون الذي ينتمي إليه البند، كما تم حساب اتساق مكونات المقياس فيما بينها من جهة، وبالمقياس ككل من جهة أخرى، حيث أبقى الباحث على البنود والمكونات التي أظهرت ارتباطًا جوهريًا ودالاً إحصائيًا، وتوضيح ذلك فيما يلي:

جدول (١٣)

معاملات الارتباط بين درجة كل بند من بنود مقياس جودة الحياة الأسرية بالدرجة الكلية للمكون (ن=٣٠)

المكون الأول حل المشكلات الأسرية			المكون الثاني مواجهة الضغوط			المكون الثالث القيام بالأدوار الأسرية			المكون الرابع القبول الإيجابي للابن المعاق			المكون الخامس الرضا عن الحياة		
رقم	ارتباط البند بالمكون	مستوى الدلالة	رقم	ارتباط البند بالمكون	مستوى الدلالة	رقم	ارتباط البند بالمكون	مستوى الدلالة	رقم	ارتباط البند بالمكون	مستوى الدلالة	رقم	ارتباط البند بالمكون	مستوى الدلالة
١	٠,٧٢٣	٠,٠١	١١	٠,٦٤٤	٠,٠١	٢٢	٠,٧١٣	٠,٠١	٣٤	٠,٦٠٠	٠,٠١	٤٤	٠,٦٨٦	٠,٠١
٢	٠,٤٠٠	٠,٠٥	١٢	٠,٤٥١	٠,٠٥	٢٣	٠,٦٢٩	٠,٠١	٣٥	٠,٦٥٤	٠,٠١	٤٥	٠,٧٣١	٠,٠١
٣	٠,٦٦٧	٠,٠١	١٣	٠,٧٢٥	٠,٠١	٢٤	٠,٥٥٥	٠,٠١	٣٦	٠,٥٨٦	٠,٠١	٤٦	٠,٧٩٥	٠,٠١
٤	٠,٦٨٠	٠,٠١	١٤	٠,٦٥٥	٠,٠١	٢٥	٠,٧١٩	٠,٠١	٣٧	٠,٧٣٤	٠,٠١	٤٧	٠,٦٩٩	٠,٠١
٥	٠,٧١٣	٠,٠١	١٥	٠,٧٩١	٠,٠١	٢٦	٠,٦٠٧	٠,٠١	٣٨	٠,٦٥٩	٠,٠١	٤٨	٠,٤٥٦	٠,٠٥
٦	٠,٤٢٤	٠,٠٥	١٦	٠,٧٨٧	٠,٠١	٢٧	٠,٤٣٩	٠,٠٥	٣٩	٠,٥٤٣	٠,٠١	٤٩	٠,٥٧٥	٠,٠١
٧	٠,٧٢٣	٠,٠١	١٧	٠,٤٠٤	٠,٠٥	٢٨	٠,٦٨٠	٠,٠١	٤٠	٠,٧٧٥	٠,٠١	٥٠	٠,٤٤٦	٠,٠٥
٨	٠,٦٨٩	٠,٠١	١٨	٠,٦٦٢	٠,٠١	٢٩	٠,٧٠٥	٠,٠١	٤١	٠,٥٦٩	٠,٠١	٥١	٠,٦٤٥	٠,٠١
٩	٠,٦٨٥	٠,٠١	١٩	٠,٤١٤	٠,٠٥	٣٠	٠,٦٣٨	٠,٠١	٤٢	٠,٦١٧	٠,٠١	٥٢	٠,٧١٦	٠,٠١
١٠	٠,٥٩٨	٠,٠١	٢٠	٠,٥٤٠	٠,٠١	٣١	٠,٢١٩	غير دالة	٤٣	٠,٣٦٥	٠,٠٥	٥٣	٠,٤٨٥	٠,٠١
			٢١	٠,٧٠٨	٠,٠١	٣٢	٠,٧٠٥	٠,٠١				٥٤	٠,٧٥٨	٠,٠١
						٣٣	٠,٦٤٣	٠,٠١				٥٥	٠,٥٩٩	٠,٠١

اتضح من جدول (١٣) أن معظم بنود المقياس دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ بينما البنود ٢، ٦، ١٢، ١٧، ١٩، ٢٧، ٤٣، ٤٨، ٥٠ دالة عند مستوى ٠,٠٥، بينما وجد البند ٣١ غير دال إحصائيًا؛ وبناءً على ذلك تم حذفه من مكونه، وبذلك أصبح عدد بنود المقياس (٥٤) بندًا، بدلاً من (٥٥) بندًا.

جدول (١٤)

معاملات الارتباط بين مكونات مقياس جودة الحياة الأسرية بعضها ببعض، وبينها وبين الدرجة الكلية للمقياس (ن=٣٠)

المكونات	حل المشكلات الأسرية	مواجهة الضغوط	القيام بالأدوار الأسرية	القبول الإيجابي للابن المعاق	الرضا عن الحياة	الدرجة الكلية للمقياس
حل المشكلات الأسرية	١					
مواجهة الضغوط	٠,٧٩٢**	١				
القيام بالأدوار الأسرية	٠,٦٩٨**	٠,٦٧٦**	١			
القبول الإيجابي للابن المعاق	٠,٧٤٢**	٠,٧٤٩**	٠,٧٠٧**	١		
الرضا عن الحياة	٠,٧٦٣**	٠,٧١٧**	٠,٧٤٢**	٠,٧٨١**	١	
الدرجة الكلية للمقياس	٠,٨٦٩**	٠,٨٠٧**	٠,٨٤١**	٠,٨٦٤**	٠,٨٤٠**	١

(**) دالة عند مستوى ٠,٠١   **(*) دالة عند مستوى ٠,٠٥**

اتضح من جدول (١٤) أن كل معاملات الارتباط بين مكونات جودة الحياة الأسرية بعضها ببعض دالة إحصائيًا عند مستوى ٠,٠١، كما أن ارتباطها بالدرجة الكلية للمقياس دال إحصائيًا أيضًا عند مستوى ٠,٠١، مما يدل على تماسك مكونات مقياس جودة الحياة الأسرية والمقياس ككل.

(٢) صدق مقياس جودة الحياة الأسرية

للتحقق من صدق المقياس الحالي قام الباحث بالاعتماد على بعض الطرق الوصفية والإحصائية، وهي كالتالي:

أ- الصدق الظاهري لمقياس جودة الحياة الأسرية:

يتعلق بمدى مناسبة الأداة من حيث شكلها العام للمجال المراد قياسه، وكيفية صياغة البنود ومدى وضوحها، ومن هذا المنطلق قام الباحث بعرض المقياس على مجموعة عشرة محكمين (ملحق: ١)؛ لتحديد مدى صدق الأداة، وقد سبقت الإشارة لذلك.

ب- الصدق المرتبط بالمحك:

تعتمد تلك الطريقة على مدى الارتباط بين درجات المقياس بدرجات مقياس آخر تم استخدامه كمحك خارجي، حيث استخدم الباحث مقياس جودة الحياة لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا (إعداد: رضوان عبد الرحمن أبو ركبة، ٢٠١٦)، وقد حصل الباحث على معامل ارتباط قيمته ٠,٧٩ وهو معامل ارتباط قوي؛ مما يعطي مؤشرًا على صدق المقياس.

ج- صدق المقارنة الطرفية

لحساب صدق المقارنة الطرفية؛ تم ترتيب درجات مجموعة التحقق من الخصائص السيكومترية ترتيبًا تنازليًا على المحك مقياس جودة الحياة لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا (إعداد: رضوان عبد الرحمن أبو ركبة، ٢٠١٦)، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين تمثلت الأولى في نسبة الـ (٢٧ ٪) الأعلى، في حين تمثلت الثانية في نسبة الـ (٢٧ ٪) الأدنى، وقام الباحث بحساب قيمة (Z) ودلالتها الإحصائية للفرق بين متوسطيّ درجات المجموعتين الـ (٢٧ ٪) الأعلى، والـ (٢٧ ٪) الأدنى على مقياس جودة الحياة الأسرية (إعداد: الباحث).

ويوضح الجدول التالي الفرق بين متوسطيّ رتب المجموعتين لـ (٢٧ ٪) الأعلى، والـ (٢٧ ٪) الأدنى على مقياس جودة الحياة الأسرية (إعداد: الباحث).

جدول (١٥)

قيم (Z, W, U) ودلالتها الإحصائية للفرق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين (الـ ٢٧ ٪ الأعلى، والـ ٢٧ ٪ الأدنى) على مقياس جودة الحياة الأسرية

المجموعة	عدد الأمهات	المتوسط	الانحراف المعياري	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	W	Z	مستوى الدلالة
٢٧٪ الأعلى	٨	١٣٢,٨٨	٥,١٣٩	١٢,٥٠	١٠٠,٠٠	صفر	٣٦,٠٠	٣,٣٦٦-	دالة عند ٠,٠١
٢٧٪ الأدنى	٨	٩٧,٥٠	٤,٨٩٩	٤,٥٠	٣٦,٠٠				

اتضح من جدول (١٥) أن الفرق بين متوسطي رتب المجموعتين الـ (٢٧ ٪) الأعلى والـ (٢٧ ٪) الأدنى على مقياس جودة الحياة الأسرية (إعداد: الباحث) دال إحصائيًا عند مستوى دلالة (٠,٠١) مما يدل على قدرة المقياس على التمييز بين الأمهات مرتفعي ومنخفضي جودة الحياة الأسرية، وهو ما يعطي مؤشرًا على صدق المقياس.

(٣) ثبات مقياس جودة الحياة الأسرية

استخدم الباحث ثلاث طرق لحساب ثبات المقياس، وهي طريقة معامل ألفا– لكرونباخ، والتجزئة النصفية باستخدام معادلة سبيرمان– براون، وجيتمان Spearman - Brown & Gutman، وطريقة إعادة تطبيق المقياس على نفس أفراد المجموعة بعد مرور أسبوعين من تاريخ انتهاء التطبيق الأول، ويوضح جدول (١٦) معاملات الثبات لمكونات المقياس والدرجة الكلية:

جدول (١٦)
معاملات الثبات لمكونات مقياس جودة الحياة الأسرية والدرجة الكلية (ن= ٣٠)

المكونات	ألفا- لكرونباخ	التجزئة النصفية		إعادة التطبيق
		سبيرمان- براون	جيتمان	
حل المشكلات الأسرية	٠,٧٧٧	٠,٧٤٨	٠,٧٠٩	٠,٧٧٥
مواجهة الضغوط	٠,٧٨٩	٠,٧٤١	٠,٧٤٤	٠,٨١٣
القيام بالأدوار الأسرية	٠,٧٠٧	٠,٨١٧	٠,٨١٨	٠,٧٩٣
القبول الإيجابي للابن المعاق	٠,٧٢٣	٠,٧٤٠	٠,٧٣١	٠,٧٨٤
الرضا عن الحياة	٠,٦٩٦	٠,٦٢٣	٠,٦٢٢	٠,٨٥٤
الدرجة الكلية للمقياس	٠,٨٤٢	٠,٨٦٣	٠,٨٦١	٠,٨٩٨

اتضح من جدول (١٦) أن قيم معاملات الثبات مرتفعة؛ مما يعطي مؤشرًا على ثبات المقياس، والاعتماد عليه في الدراسة الحالية، ويرجع ارتفاع معاملات ثبات المقياس إلى استخدام الباحث لطريقة معامل ألفا– لكرونباخ في حذف البند الذي سيترتب على حذفه رفع معاملات الثبات للمقياس، وبناءً على ذلك حذف الباحث البند (١٧) من المُكون الثاني للمقياس، وبذلك أصبح عدد بنود المقياس (٥٣) بندًا، بدلاً من (٥٤) بندًا.

الخطوة الخامسة: الصورة النهائية لمقياس جودة الحياة الأسرية:

بعد حساب الخصائص السيكومترية لمقياس جودة الحياة الأسرية أصبحت الصورة النهائية للمقياس مكونة من (٥٣) بندًا موزعة على خمسة مكونات فرعية (ملحق: ٥)، ويوضح جدول (١٧) مكونات المقياس والبنود المكونة لكل مكون.

جدول (١٧)

الصورة النهائية لمقياس جودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا

م	المُكون	أرقام البنود	عـدد البنود	البنود السالبـة	توزيع الدرجات	
					أقل درجة	أعلى درجة
١	حل المشكلات الأسرية	١، ٦، ١١، ١٦، ٢١، ٢٦، ٣١، ٣٦، ٤١، ٤٦	١٠	١، ٤٦	١٠	٣٠
٢	مواجهة الضغوط	٢، ٧، ١٢، ١٧، ٢٢، ٢٧، ٣٢، ٣٧، ٤٢، ٤٧	١٠	٣٢، ٤٢	١٠	٣٠
٣	القيام بالأدوار الأسرية	٣، ٨، ١٣، ١٨، ٢٣، ٢٨، ٣٣، ٣٨، ٤٣، ٤٨، ٥١	١١	٣، ١٣، ٢٨، ٣٨، ٤٣، ٥١	١١	٣٣
٤	القبول الإيجابي للابن المعاق	٤، ٩، ١٤، ١٩، ٢٤، ٢٩، ٣٤، ٣٩، ٤٤، ٤٩	١٠	٩، ١٩، ٢٩	١٠	٣٠
٥	الرضا عن الحياة	٥، ١٠، ١٥، ٢٠، ٢٥، ٣٠، ٣٥، ٤٠، ٤٥، ٥٠، ٥٢، ٥٣	١٢	٢٠، ٣٠، ٣٥، ٥٢	١٢	٣٦
الدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة الأسرية			٥٣		٥٣	١٥٩

قام الباحث بمراجعة تعليمات المقياس للتأكد من دقة صياغة تلك التعليمات، وذلك قُبيل تطبيق المقياس. وبذلك فقد تكوَّن مقياس جودة الحياة الأسرية من (٥٣) بندًا، موزعة على خمسة مكونات هي: حل المشكلات الأسرية، ومواجهة الضغوط، والقيام بالأدوار الأسرية، والقبول الإيجابي للابن المعاق، والرضا عن الحياة.

– طريقة حساب درجات مقياس جودة الحياة الأسرية لأمهات المعاقين عقليًا:

قام الباحث بوضع ثلاثة اختيارات أمام كل بند يتضمنه المقياس، تتمثل في الاختيارات (دائمًا– أحيانًا– نادرًا)، وتقوم الأم بوضع علامة (√) أمام البند في الخانة التي تعبر بدقة عن سلوكها واستجاباتها، وتأخذ المفردة الموجبة الدرجات (٣–٢–١) على الترتيب، بينما تأخذ المفردة السالبة الدرجات (١–٢–٣) على الترتيب، وبذلك تصبح الدرجة الصغرى للمقياس ككل (٥٣) درجة والدرجة العظمى (١٥٩) درجة، وتشير الدرجة المرتفعة إلى ارتفاع الشعور بجودة الحياة الأسرية في حين تشير الدرجة المنخفضة إلى انخفاض الشعور بجودة الحياة الأسرية.

(٤) برنامج إرشادي لتعديل اتجاهات الأمهات نحو إعاقة أطفالهن المعاقين عقليًا لتحسين جودة الحياة الأسرية (إعداد: الباحث)

تسهم الاتجاهات الأسرية الإيجابية نحو المعاقين عقليًا في تهيئة مناخ اجتماعي ملائم لتقديم البرامج الإرشادية والعلاجية والاجتماعية والتربوية والتأهيلية الخاصة بالمعاقين، وتكريس الجهود اللازمة لإتاحة فرص التأهيل والتفاعل مع أقرانهم العاديين إلى أقصى ما تسمح به إمكاناتهم وقدراتهم، في حين تؤدي الاتجاهات السلبية إلى تكوين ظروف معاكسة معوقة لذلك. ولا تهتم البرامج الإرشادية بالمعاقين فقط، بل تمتد إلى جميع أفراد الأسرة وخاصة الأم؛ لأن الأم نواة الأسرة ومحورها، والتي تستمد الأسرة منها استقرارها، وعلى ذلك فإن تعديل اتجاهات الأم نحو إعاقة ابنها؛ سوف يزيد من فاعليتها في قدرتها على مواجهة الضغوط الحياتية الأمر الذي قد يؤدي إلى تحسين شعورها بجودة الحياة الأسرية؛ مما يبرز الحاجة الملحة إلى تعديل اتجاهات أمهات المعاقين عقليًا نحو إعاقة أطفالهن لتصبح أكثر إيجابية.

ويُعرف البرنامج الإرشادي في الدراسة الراهنة بأنه: عملية منظمة ومخططة يهدف إلى مساعدة أمهات الأطفال المعاقين عقليًا على اكتساب بعض الحقائق والمعلومات عن الإعاقة العقلية وأبعادها، بالإضافة إلى إكسابهن بعض المهارات اللازمة للتعامل مع أطفالهن المعاقين، وتكوين مشاعر إيجابية نحو أطفالهن المعاقين عقليًا، لتحسين جودة الحياة لديهن.

✻ أهمية البرنامج الإرشادي والحاجة إليه:

يعد هذا البرنامج من الأدوات الأساسية التي تم تصميمها لخدمة أهداف هذه الدراسة، حيث يهدف إلى تعديل الاتجاهات السلبية لدى أمهات المعاقين عقليًا، ومعرفة تأثيره على تحسين جودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا، إذ يعد الإرشاد الأسري جزءًا لا يتجزأ من برامج رعاية الأطفال المعاقين عقليًا، وخط الدفاع الأول للوقاية من الوقوع في براثن الاضطرابات والمشكلات النفسية التي تؤثر بالسلب على أسر الأطفال المعاقين عقليًا.

كما يهدف البرنامج الإرشادي الحالي إلى تدريب الأمهات على برنامج جداول الأنشطة المصورة الذي يمكن من خلاله تعليم أبنائهن ذوي الإعاقة العقلية.

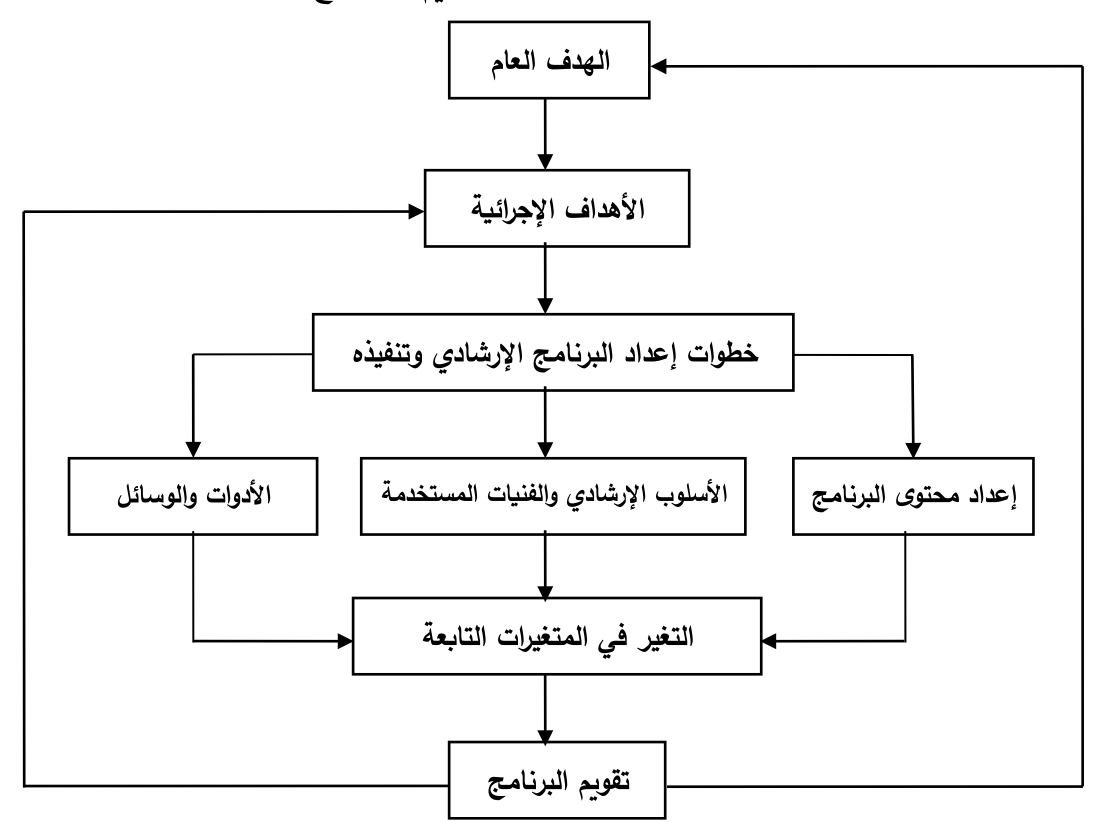
✻ **التخطيط العام للبرنامج:**

(أ) تحديد أهداف البرنامج.

(ب) خطوات إعداد البرنامج وتنفيذه.

١- إعداد محتوى البرنامج.   ٢- الأسلوب الإرشادي والفنيات المستخدمة.

٣- الأدوات والوسائل.   ٤- تقويم البرنامج.



شكل (١) التخطيط العام للبرنامج

(أ) الهدف من البرنامج:

يهدف البرنامج الحالي إلى تحقيق عدة أهداف، وتنقسم إلى الهدف العام والأهداف الإجرائية:

- **الهدف العام:**

يهدف البرنامج الإرشادي إلى تعديل الاتجاهات السلبية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقليًا القابلين للتعلم.

- **الأهداف الإجرائية:**

ينبغي بعد الانتهاء من البرنامج الإرشادي أن:

- تكتسب الأمهات بعض المعلومات الصحيحة عن الإعاقة العقلية.
- تتعامل الأمهات بشكل سوي مع ابنهن المعاق عقليًا.

- تستطيع الأمهات ممارسة الاسترخاء.
- تعي الأمهات بمعنى الحياة لديهن.
- تكتشف الأمهات القيم الشخصية ذات المعنى لديهن.
- تعرف الأمهات طرق حل المشكلات.
- تحديد الأمهات للأفكار اللاعقلانية لديهن.
- تُعدل الأمهات أفكارهن اللاعقلانية المرتبطة بحياتهن.
- تُفرغ الأمهات انفعالاتهن بالطرق الإيجابية.
- تتدرب الأمهات على برنامج جداول الأنشطة المصورة.

(ب) خطوات إعداد البرنامج الإرشادي وتنفيذه:

١- إعداد محتوى برنامج تعديل اتجاهات الأمهات نحو إعاقة أطفالهن المعاقين عقليًا لتحسين جودة الحياة الأسرية:

استفاد الباحث خلال إعداد محتوى برنامج تعديل اتجاهات الأمهات نحو إعاقة أطفالهن المعاقين عقليًا لتحسين جودة الحياة الأسرية بالإطار النظري والدراسات السابقة وبعض البرامج التي اهتمت بإرشاد أسر ذوي الإعاقة بصفة عامة وذي الإعاقة العقلية بصفة خاصة، ويوضح جدول (١٨) تلك البرامج من حيث هدفها وما تتضمنه من فنيات وأهم نتائج الدراسة:

جدول (١٨)

البرامج التي استفاد الباحث منها في إعداد محتوى برنامج تعديل اتجاهات الأمهات نحو إعاقة أطفالهن

اسم الباحث	هدف البرنامج	الفنيات المستخدمة	أهم نتائج الدراسة
إيمان فؤاد كاشف (١٩٨٩)	تعديل الاتجاهات الوالدية نحو أبنائهم المعوقين عقلياً.	المحاضرة- المناقشة الجماعية- لعب الدور	فعالية البرنامج الإرشادي في تعديل الاتجاهات الوالدية نحو أبنائهم المعوقين عقلياً.
جمال مختار حمزة (١٩٩٢)	تبصير آباء وأمهات الأطفال المعاقين عقليًا بأهمية النظرة الإيجابية نحو الطفل المعاق عقليًا وتغيير النظرة السلبية تجاهه.	المحاضرة – المناقشة والحوار – المرح والدعابة- لعب الأدوار- النمذجة- فنية A B C **وتكون البرنامج من (٢٠) جلسة، تتضمن: تعريف الإعاقة العقلية، وأسبابها، وتصنيفها، وتصرفات المعاقين عقليًا، ومواجهة مصادر القلق والتوتر، الصبر والعناية بذوي الحاجات الخاصة، الكشف المبكر عن الإعاقة، تخفيف أثر الصدمة على الوالدين، وتقبل الطفل المعاق عقليًا.**	فعالية البرنامج الإرشادي العقلاني الانفعالي في تعديل اتجاهات أباء المعاقين ذهنياً نحو أبنائهم.

اسم الباحث	هدف البرنامج	الفنيات المستخدمة	أهم نتائج الدراسة
ميرفت رجب صابر (٢٠٠٠)	تعديل اتجاهات الأم نحو طفلها المعاق.	الإرشاد الجماعي– المناقشة الجماعية – التعزيز الإيجابي	فعالية الإرشاد الجماعي في تعديل اتجاهات الأم نحو طفلها المعاق، بالإضافة إلى تحسن سلوكه التوافقي.
Hunt & Hunt (2004)	تعديل اتجاهات ومعارف ومعتقدات المشاركين حول الأشخاص ذوي الإعاقة بشكل عام وفي سياق العمل بشكل خاص.	المحاضرة– النمذجة– الدحض– التعزيز **وتكون البرنامج من (١٢) جلسة، تتضمن: تعريف الإعاقة وفئات وأنواع الإعاقة، زيادة الوعي بمدى انتشار الإعاقة في الولايات المتحدة الأمريكية، وصف أنواع العقبات التي يواجهها الأشخاص ذوي الإعاقة، تحديد الأفكار والمفاهيم الخاطئة عن الأشخاص ذوي الإعاقة، وصف المبادئ الأساسية لقانون الإعاقة الأمريكي، تصحيح الأفكار الخاطئة حول الأشخاص ذوي الإعاقة في مكان العمل عن طريق استبدالها بالحقائق، وتقديم بعض التوجيهات حول كيفية التفاعل مع الأشخاص ذوي الإعاقة.**	تعديل معارف المشاركين ومعتقداتهم حول الأشخاص ذوي الإعاقة بشكل عام وفي سياق العمل بشكل خاص.
وحيد مصطفى كامل (٢٠٠٥)	تحسين التوافق النفسي لدى الأمهات المسيئات لأطفالهن المعاقين عقليًا، وخفض الإساءة لأطفالهن.	المحاضرة– المناقشة الجماعية– التعزيز الإيجابي – النمذجة– التفنيد– الواجب المنزلي **وتكون البرنامج من (٨) جلسات جماعية، تتضمن: التعريف بالبرنامج الإرشادي ونظام الجلسات، والإعاقة العقلية وفئاتها وأسبابها، وخصائص النمو في مرحلة الطفولة المتأخرة، ووجهات نظر خاطئة حول الإعاقة العقلية وهل يمكن تعديلها، وأساليب السلوك السوية وغير السوية وأثرها على الإساءة للأطفال المعاقين عقليًا، وأساليب رعاية الطفل المعاق عقليًا، والخدمات المجتمعية المقدمة للأطفال المعاقين عقليًا.**	فعالية البرنامج الإرشادي في تحسين التوافق النفسي لدى الأمهات؛ الأمر الذي أدى إلى انخفاض مستوى الإساءة لدى أطفالهن المعاقين عقليًا.
أحمد مد الله الطراونة (٢٠٠٨)	خفض مستوى الضغوط النفسية لدى إخوة وأخوات الأطفال التوحديين وتعديل اتجاهاتهم نحو الإعاقة.	المحاضرة– المناقشة الجماعية– النمذجة– حل المشكلات	فعالية الإرشاد الجمعي في خفض مستوى الضغوط النفسية لدى إخوة وأخوات الأطفال التوحديين وتعديل اتجاهاتهم نحو الإعاقة.
مروة لطفي الشربيني (٢٠٠٩)	تعديل الاتجاهات الوالدية السالبة نحو الطفل ذوي اضطراب التوحد	المناقشة والحوار– المحاضرة– التفنيد– التنفيس الانفعالي	فعالية البرنامج الإرشادي في تعديل الاتجاهات الوالدية السالبة نحو الطفل ذوي اضطراب التوحد.
سمية طه جميل (٢٠١١)	تعديل اتجاهات الوالدين نحو التربية الجنسية لأبنائهم المعاقين عقليًا.	المناقشة والحوار– المحاضرة– التفنيد– الإقناع– المواجهة– التنفيس الانفعالي	فعالية البرنامج الإرشادي في تعديل اتجاهات الوالدين نحو التربية الجنسية لأبنائهم المعاقين عقليًا.

اسم الباحث	هدف البرنامج	الفنيات المستخدمة	أهم نتائج الدراسة
عهود بشير العسكر (٢٠١١)	تعديل الأفكار غير العقلانية لدى أسرة الطفل ذوي اضطراب التوحد.	المحاضرة- المناقشة الجماعية- النمذجة- التنفيس الانفعالي- التعزيز- لعب الدور **وتكون البرنامج من (١٣) جلسة، تضمن شقين: الشق الأول خاص بوالدي الطفل ذوي اضطراب التوحد، ويهدف إلى تعديل الأفكار والمعارف المتعلقة باضطراب التوحد، أم الشق الثاني فهو خاص بالطفل ذوي اضطراب التوحد، ويهدف إلى تنمية مهارات رعاية الذات لدى الطفل ذوي اضطراب التوحد.**	فعالية الإرشاد السلوكي المعرفي في تعديل الأفكار غير العقلانية لدى أسرة الطفل ذوي اضطراب التوحد.
منى محمد أبو شعيب وأسامة محمد البطاينة (٢٠١١)	تعديل اتجاهات والدي الأطفال ذوي اضطراب التوحد نحو أطفالهم.	المحاضرة- المناقشة الجماعية- النمذجة- التنفيس الانفعالي **وتكون البرنامج من (١٢) جلسة، تتضمن: التفريق بين المشاعر الإيجابية والسلبية، التعبير عن المشاعر الإيجابية بطرق إيجابية.**	فعالية البرنامج التدريبي في تعديل اتجاهات والدي الأطفال التوحديين نحو أطفالهم.
منى بدر الجناعي (٢٠١٢)	تحسين جودة الحياة الأسرية لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة السمعية البصرية.	القصد المتناقض ظاهريًا- إيقاف الإمعان الفكري- الحوار السقراطي- القصة الرمزية- تعديل الاتجاهات- النمذجة	فعالية العلاج بالمعنى في تحسين جودة الحياة الأسرية لدى أمهات ذوي الإعاقة السمعية البصرية.
خالد رمضان سليمان (٢٠١٧)	مواجهة ردود الفعل السلبية تجاه ولادة طفل معاق عقليًا داخل الأسرة	المحاضرة- المناقشة- لعب الدور- النمذجة- التعزيز- الواجب المنزلي **وتكون البرنامج من (٣٤) جلسة إرشادية، تتضمن: التعرف على الأفكار السلبية للأسرة والعمل على تعديلها، ماهية وأسباب وخصائص الإعاقة العقلية، تعريف الأسرة باحتياجات المعاق عقليًا، التغلب على ردود الفعل السلبية للأسرة من الصدمة حتى التقبل، تخفيف حدة التوتر الناتجة من وجود طفل معاق عقليًا بالأسرة، دور الأسرة وأهميته في تحسين حالة الطفل المعاق عقليًا، توزيع الأدوار الأسرية.**	فعالية البرنامج الإرشادي للوالدين للتغلب على ردود الفعل السلبية تجاه ولادة طفل معاق عقليًا.
مريم نزال العنزي (٢٠١٩)	التعرف على فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لزيادة مهارات التعايش بواقعية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقليًا	المحاضرة- المناقشة الجماعية- لعب الدور- الدحض- حل المشكلات- التعزيز **وتكون البرنامج من (١٥) جلسة، تتضمن: إكساب الأمهات معلومات صحيحة عن أفرادها- دور الأسرة في تقبل الأزمات المختلفة- اكتشاف الأفكار الخاطئة لدى الأمهات المرتبطة بأبنائهن المعاقين عقليًا- دحض تلك الأفكار السلبية واستبدالها بأفكار إيجابية- تعليم الأمهات مهارة إدارة الوقت- عرض نماذج إيجابية للأمهات تساعد في تقبل الأطفال ذوي الإعاقة العقلية- ممارسة لعب الدور مع الأمهات وأبنائهن- استكشاف المشكلات المرتبطة بأبنائهن-مساعدة الأمهات في وضع بدائل مختلفة للمشكلة والعمل على التدريب على الاسترخاء.**	فعالية البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي في زيادة مهارات التعايش بواقعية (جمع المعلومات المرتبطة بالابن- المصادر الداعمة للأم- التخطيط الواقعي للابن) لدى أمهات الأطفال المعاقين عقليًا.

وتكوَّن البرنامج الإرشادي لتعديل اتجاهات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو إعاقة أطفالهن من (٣٠) جلسة، وتم تطبيقه في مدى زمني ثلاثة أشهر تقريبًا في الفترة من (٢٠١٩/٩/٢٢م حتى ٢٠١٩/١٢/١م) في إحدى حجرات مركز (IQ) لتنمية مهارات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بكفر الشيخ، بواقع ثلاث جلسات في الأسبوع، وتراوحت مدة الجلسة من ٦٠ – ٩٠ دقيقة وقد تتخللها فترة راحة حسب أهداف الجلسة.

٢- الأسلوب الإرشادي والفنيات المستخدمة:

استخدم الباحث الإرشاد التكاملي، حيث قام بتقديم البرنامج في صورة فنيات متعددة تنتمي لمدارس مختلفة مثل: الإرشاد الديني، الإرشاد المعرفي السلوكي، الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي، والإرشاد بالمعنى.

كما استخدم أسلوب الإرشاد الجماعي في جلسات البرنامج مع الأمهات خاصة أن مشكلاتهن متشابهة، ولديهن نفس الشكوى والمعاناة، ويقوم على التفاعل بين الباحث والأمهات من ناحية وبين عضوات المجموعة التجريبية بعضهن البعض.

واعتمد البرنامج على الفنيات التالية:

أ- المحاضرة: Lecture

يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تقديم معلومات للأمهات عن الإعاقة العقلية، مفهومها، وتصنيفها، وأسبابها، وطرق الوقاية منها، والخدمات والبرامج المقدمة للأطفال المعاقين عقليًا، وذلك بطريقة بسيطة يسهل فهمها، مما يشجعهن على تلقي المعلومات المتضمنة في المحاضرة.

ويتمثل الهدف الإرشادي التطبيقي لهذه الفنية في إعادة البناء المعرفي للأمهات، وإشباع الحاجات المعرفية لدى الأمهات مما يساعدهن على فهم السلوك المناسب لأبنائهن المعاقين، وتهيئة بيئة أسرية تسهم في النمو النفسي للابن، ومن جانب آخر تشجيع الطفل على الاندماج في المجتمع.

ب- المناقشة والحوار: The discussion and dialog

يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تبادل الرأي حول موضوع المحاضرة بين الباحث والأمهات من ناحية وبين الأمهات بعضهن مع بعض من ناحية أخرى، وبهذا فإن المادة العلمية للمحاضرة تصبح موضوع نقاش وحوار؛ والذي يؤدي إلى استثارة التفكير

الذاتي لعضوات الجلسة بما فيه أفكارهن واتجاهاتهن نحو الابن المعاق والتي تعبر بشكل غير مباشر عن مشكلاتهن الخاصة.

ويتمثل الهدف الإرشادي التطبيقي لهذه الفنية في إعادة البناء المعرفي للأمهات، وتعديل أفكارهن الخاطئة، وتعزيز التواصل بين عضوات الجلسة من خلال تشجيعهن على الحوار والمناقشة؛ مما تسهم في التحليل المنطقي للأفكار غير العقلانية لعضوات الجلسة، وتفنيد الاستنتاجات غير الواقعية، ودحضها بالإقناع، وتشجيع الأمهات على تكوين أفكار منطقية تكون بمثابة حافز للابن، وإدراكه بالتقبل من أعضاء النسق الأسري.

ج- إعادة الصياغة: Reframing

يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في إعادة تشكيل المواقف التي تواجه الأمهات، وسُبل حلها من زوايا مختلفة، وبالتالي يتمثل الهدف التطبيقي لهذه الفنية في إعادة صياغة الأفكار اللاعقلانية للأمهات تجاه الابن المعاق وسلوكه، وتبني رؤية جديدة تجاهه.

د- التواصل: Communication

يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تدريب الأمهات على العمل لتحسين التواصل بين أعضاء النسق الأسري، وذلك باستخدام عدة استراتيجيات، منها استراتيجيات بناء التواصل الأسري بهدف بناء قنوات تواصل في حالة عدم وجود قنوات تواصل بين بعض الأنساق داخل الأسرة أو خارجها، وغلق قنوات تواصل خاطئة مثل التأكيد على ضرورة أن يتحدث كل عضو من أعضاء النسق عن نفسه فقط دون التطوع بالحديث عن شخص آخر، وتخفيف الضغوط على بعض قنوات التواصل مثل تخفيف الضغوط الوالدية على الابن المعاق وتقبلهم له، وإيجاد الفهم المتبادل للرسائل داخل الأسرة، وإتمام عملية التغذية الراجعة، وفهم التواصل اللفظي وغير اللفظي في الأسرة، بالإضافة إلى تدريب أعضاء النسق الأسري على طرق التواصل مع الابن، واستخدام المعينات البصرية معه.

هـ- الدحض أو التفنيد: Disputing

يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تفنيد الأفكار غير العقلانية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقليًا.

و- الاسترخاء: Relaxation

يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تدريب الأمهات على الاسترخاء ومواصلة ممارسته ضمن الواجبات المنزلية؛ لتقليل التأثير السلبي للضغوط.

ز- الحوار السقراطي: The Socratic dialogue

يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في مساعدة الأمهات في اكتشاف المعنى في الحياة من خلال استدعاء التجارب ذات المعنى في الماضي، حتى يتم وضع الأساس للخبرات المستقبلية ذات المعنى. بالإضافة إلى مناقشة تجارب وخبرات لنماذج ناجحة، حيث يمكن أن تكون هذه النماذج بمثابة الإلهام للأمهات.

ح- التحليل بالمعنى: Logo analysis

يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في مساعدة الأم على تقييم ذاتها بطريقة واقعية، من حيث الوضع التي توجد فيه والآمال والأمنيات التي تراها في حياتها. وتشجيع الأم لعمل بيان مفصل لاهتماماتها وقدراتها الشخصية، ونقاط قوتها ونقاط ضعفها. وتحويل انتباهها من العيوب التي تراها في صورة الحياة إلى التركيز على الحياة بشكلها الكلي.

ط- تعديل الاتجاهات: Modification of Attitude

يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تشجيع ومساعدة الأمهات على إعادة اكتساب توازنهم الداخلي من خلال إيجاد اتجاه التسامي بالذات، وبالتالي استعادة سلامهم الداخلي.

ي- التعزيز الإيجابي: Positive reinforcement

يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تقديم مدعمات إيجابية (ثناء ومدح) لتدعيم أي تحسن إيجابي للأمهات داخل الجلسات، أو بعد تصحيح الواجبات المنزلية، والهدف من استخدام هذه الفنية حث الأمهات على التفكير السليم وتكرار السلوك المرغوب.

ك- لعب الدور، وتبادل الدور: Role playing & Role reversal

يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تدريب أمهات الأطفال المعاقين عقليًا على أداء جوانب من السلوك الاجتماعي على أن تتقنها وتكتسب المهارة بها، وذلك من خلال تصميم مواقف مثيرة للقلق والانفعال، وتوضيح كيفية التغلب عليها باستخدام الفنيات المتضمنة بالبرنامج، ثم قيام الأمهات بذلك.

ل- التغذية الراجعة: Feedback

يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تقويم سلوك الأمهات المرغوب فيه وغير المرغوب، وذلــك عن طريق كف للسلوك غير المرغوب فيه، ودعمًا للسلوك الإيجابي المرغوب فيه.

ويتمثل الهدف الإرشادي التطبيقي لهذه الفنية في معرفة مدى تمكن الأمهات ما إذا كان سلوكهن قد أدى إلى النتائج المطلوبة، وما الذي يمكن أن يفعلهن لكي يتعاملن بنجاح مع شخص ما في موقف ما، وهذه الطريقة تساعد الأم في التعرف على ما تجهله عن نفسها من نقاط ضعف أو قوة بحيث تمكنها من استغلال مصادر قوتها في القيام بسلوك جديد، كما تتعرف على أنماط سلوكها التي ينبغي تغييرها أو استبدالها بأنماط أخرى أكثر توافقاً وفاعلية.

م- النمذجة: Modeling

يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في إكساب الأمهات أساليب وسلوكيات جديدة سوية من خلال عرض خبرات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا ممن لديهن خبرات إيجابية سابقة ولديهم اتجاهات إيجابية نحو ابنهم ولديهن شعور إيجابي بجودة الحياة الأسرية، بالإضافة لعرض نماذج لأشخاص من ذوي الاحتياجات الخاصة استطاعوا التغلب على إعاقتهم وحققوا العديد من النجاحات.

ن- التكليفات المنزلية: Homeworks

يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تقديم تكليفات لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا للتدريب على الأساليب المعرفية والانفعالية والسلوكية التي تعلموها خلال الجلسات الإرشادية، ولنقل الخبرات المتعلمة من داخل الجلسات إلى خارجها في حياتهن اليومية؛ مما يساعد على اكتساب الابن أكبر قدر من السلوكيات الإيجابية في أقل وقت ممكن.

ويتضح مما سبق، أن البرنامج الإرشاد وفنياته المتعددة تتيح لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا فرصة التنفيس الانفعالي عن المشاعر المكبوتة التي يعانين منها.

وفيما يلي وصف مختصر لجلسات البرنامج الإرشادي المستخدم في هذه الدراسة:

جدول (١٩)

وصف مختصر لجلسات برنامج تعديل اتجاهات الأمهات نحو إعاقة أطفالهن المعاقين عقليًا لتحسين جودة الحياة الأسرية

الجلسة	موضوع الجلسة	أهـــداف الجلســة	الفنيات المستخدمة	زمن الجلسة
الأولى	التعارف، والتعريف بالبرنامج الإرشادي	• أن تتعرف الأمهات على الباحث. • أن تتعرف الأمهات على بعضهن البعض. • أن تتعرف الأمهات على البرنامج الإرشادي، وأهدافه. • أن يضع الباحث مع الأمهات القواعد التي تحكم سير جلسات البرنامج.	المحاضرة – المناقشة والحوار- الواجب المنزلي.	٦٠ دقيقة

الجلسة	موضوع الجلسة	أهـــداف الجلســة	الفنيات المستخدمة	زمن الجلسة
الثانية	تعريف الإعاقة العقلية	• أن تتعرف الأمهات على مفهوم الإعاقة العقلية. • أن تتعرف الأمهات على تصنيفات الإعاقة العقلية. • أن تتعرف الأمهات على أسباب حدوث الإعاقة العقلية. • أن تتوصل الأمهات إلى سبب إعاقة أبنائهن.	المحاضرة- المناقشة والحوار- التعزيز- التغذية الراجعة- الواجب المنزلي.	٩٠ دقيقة
الثالثة	خصائص المعاقين عقليًا	• أن تتعرف الأمهات على خصائص المعاق عقليًا.	التغذية الراجعة- التعزيز- المحاضرة- المناقشة والحوار- الواجب المنزلي	٦٠ دقيقة
الرابعة- الخامسة	تنمية وعى الأمهات بحاجات أبنائهن المعاقين عقليًا والمساهمة في إشباعها	• أن تتعرف الأمهات على حاجات أبنائهن المعاقين عقليًا. • تبصير الأمهات بالأساليب السوية لإشباع الحاجات المختلفة للمعاقين عقليًا. • زيادة قدرة الأمهات على التعامل مع أبنائهن بواقعية وبما يتناسب مع ظروفهن. • أن تغير الأمهات من نظرتهن لأنفسهن ولأبنائهن في ضوء فهم واقعي وصحيح لحاجات وقدرات أبنائهن الخاصة	المحاضرة – المناقشة والحوار- التعزيز- إعادة البناء المعرفي- الواجب المنزلي	٩٠ دقيقة
السادسة- السابعة	دور الأسرة في تنمية قدرات الابن المعاق عقليًا	• أن تتعرف الأمهات على شخصيات تغلبت على إعاقتهم. • أن تتعرف الأمهات على كيفية تنمية قدرات أبنائهن.	المحاضرة – الحوار السقراطي- سرد بعض القصص الواقعية – التعزيز- الواجب المنزلي	٩٠ دقيقة
الثامنة- التاسعة	تأثير الإعاقة العقلية للأبناء على الأسرة	• أن تذكر الأمهات ردود فعلهن تجاه إعاقة أبنائهن. • أن تفرق الأمهات بين مشاعرهن الإيجابية ومشاعرهن السلبية تجاه أبنائهن. • أن تتعرف الأمهات على أفكارهن اللاعقلانية نحو إعاقة أبنائهن	المحاضرة – الحوار السقراطي - التعزيز- تعديل الأفكار اللاعقلانية- التنفيس الانفعالي- التغذية الراجعة.	٩٠ دقيقة
العاشرة- الحادية عشر	الضغوط النفسية التي تواجه الأمهات	• أن تتعرف الأمهات على ماهية الضغوط النفسية. • أن تتعرف الأمهات على أسباب الضغوط النفسية. • أن تتعرف الأمهات على أنواع الضغوط النفسية. • أن تذكر الأمهات بعض الضغوط النفسية التي تواجههن لمناقشتها أثناء الجلسة.	التغذية الراجعة - التعزيز - المحاضرة – المناقشة والحوار – الواجب المنزلي	٩٠ دقيقة

الجلسة	موضوع الجلسة	أهـــــداف الجلســـة	الفنيات المستخدمة	زمن الجلسة
الثانية عشر – الثالثة عشر	أساليب مواجهة الضغوط النفسية	• أن تتعرف الأمهات على مفهوم أساليب المواجهة الضغوط النفسية. • أن تتعرف الأمهات على أساليب المواجهة الضغوط النفسية. • أن تدرك الأمهات أهمية مواجهة الضغوط النفسية.	التغذية الراجعة - التعزيز - المحاضرة – المناقشة والحوار – الواجب المنزلي	٦٠ دقيقة
الرابعة عشر– الخامسة عشر	التدريب على الاسترخاء	• أن تتعرف الأمهات على أهمية الاسترخاء في مواجهة المواقف الضاغطة. • أن تتدرب الأمهات على بعض تدريبات الاسترخاء.	المحاضرة – المناقشة والحوار- النمذجة – الاسترخاء – لعب الدور - التغذية الراجعة – التعزيز- الواجب المنزلي	٩٠ دقيقة
السادسة عشر – السابعة عشر	معنى الحياة	• أن تتعرف الأمهات على مصادر المعنى لديهن. • أن تعي الأمهات بمعنى الحياة لديهن. • أن تكتشف الأمهات القيم الشخصية ذات المعنى لديهن.	المحاضرة – الحوار السقراطي- التحليل بالمعنى- القصة الرمزية- تعديل الاتجاهات- التغذية الراجعة – التعزيز- الواجب المنزلي	٦٠ دقيقة
الثامنة عشر	الإيمان بأن الإعاقة قضاء الله وقدره	• أن تتقبل الأمهات إعاقة أبنائهن.	المحاضرة – المناقشة والحوار- التعزيز	٩٠ دقيقة
التاسعة عشر– العشرون	تنمية وعى أمهات الأطفال المعاقين عقليًا باحتياجاتهن	• أن تتعرف الأمهات على أهم احتياجات أسر الأطفال المعاقين عقليًا. • تقدير دور الدولة بالاهتمام بذوي الحاجات الخاصة. • تسجيل بيانات الأطفال المعاقين عقليًا للحصول على بطاقة الإعاقة والخدمات المتكاملة.	المحاضرة – المناقشة والحوار- إعادة البناء المعرفي- التعزيز- الواجب المنزلي	٩٠ دقيقة
الحادية والعشرون	تحسين العلاقة الأسرية بين الوالدين والطفل ذي الإعاقة العقلية	• تنمية العلاقة بين والدي الأطفال المعاقين عقليًا. • تنمية علاقة الوالدين بالطفل المعاق.	المحاضرة- المناقشة والحوار- النمذجة- إعادة البناء المعرفي- التعزيز- الواجب المنزلي	٩٠ دقيقة
الثانية والعشرون	مهارة حل المشكلات الأسرية	• أن تتعرف الأمهات على مفهوم حل المشكلة. • أن تتبع الأمهات الخطوات الصحيحة عند حل المشكلة. • أن تتدرب الأمهات على مهارة حل المشكلة.	المحاضرة- المناقشة والحوار- النمذجة- إعادة البناء المعرفي- التدريب على حل المشكلات- التعزيز-	٩٠ دقيقة

الجلسة	موضوع الجلسة	أهـــداف الجلســـة	الفنيات المستخدمة	زمن الجلسة
		• أن تعدل الأمهات أفكارهن الخاطئة حول طريقة حل المشكلة والتي كانت سبباً في إيجاد الكثير من المشكلات الأخرى.	الواجب المنزلي	
الثالثة والعشرون- الرابعة والعشرون	مهارات ضبط السلوك	• أن تتعرف الأمهات على مفهوم ضبط السلوك. • أن تطبق الأمهات بعض أساليب ضبط السلوك الأسرى في تعاملهن مع أبنائهن. • أن تضع الأمهات سلوك أبنائهن تحت الضبط والسيطرة.	المحاضرة- المناقشة والحوار- النمذجة- إعادة البناء المعرفي- التعزيز- الواجب المنزلي	٩٠ دقيقة
الخامسة والعشرون	تفاعل الأسرة مع المجتمع المحيط	• تبصير الأمهات بدورهن في التفاعل مع المجتمع المحيط.	المحاضرة- المناقشة والحوار- التعزيز	٦٠ دقيقة
السادسة والعشرون	تبادل خبرات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا	• أن تستفيد مجموعة الدراسة من خبرات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا ممن لديهن اتجاهات إيجابية نحو إعاقة أبنائهن.	المحاضرة- المناقشة والحوار- النمذجة- التغذية الراجعة- التعزيز	٩٠ دقيقة
السابعة والعشرون	البرامج المقدمة للأطفال المعاقين عقليًا	• أن تتعرف أمهات الأطفال المعاقين عقليًا على أهم البرامج المقدمة لأبنائهن. • أن تتدرب أمهات الأطفال المعاقين عقليًا على كيفية تشغيل CD على جهاز الكمبيوتر. • أن تتدرب الأمهات على كيفية تقوية جهاز النطق والكلام والتنفس لأبنائهن.	المحاضرة- المناقشة والحوار- النمذجة- لعب الدور- التعزيز- الواجب المنزلي	٩٠ دقيقة
الثامنة والعشرون- التاسعة والعشرون	جداول الأنشطة المصورة	• أن تتعرف أمهات الأطفال المعاقين عقليًا على مفهوم جداول النشاط المصورة. • أن تستنتج الأمهات أهمية جداول النشاط المصورة في تنمية المهارات الحياتية لأبنائهن. • أن تتعرف الأمهات المهارات اللازمة لتعلم الأطفال المعاقين عقليًا استخدام جداول النشاط المصورة. • أن تتدرب الأمهات على استخدام جداول النشاط المصورة.	المحاضرة- المناقشة والحوار- النمذجة- التعزيز- الواجب المنزلي	٩٠ دقيقة
الثلاثون	جلسة ختامية	• تقديم وصفة إرشادية تساعد الأمهات على تعديل اتجاهاتهن نحو إعاقة أطفالهن • تقديم ملخص سريع عن محتوى الجلسات السابقة.	الحوار والمناقشة- التعزيز- التغذية الراجعة	٦٠ دقيقة

٣- الأدوات والوسائل:

استخدم الباحث الأدوات الآتية:

* لاب توب.
* شاشة عرض (LED).
* ورق فليب شارت (Flip Chart).
* أوراق عمل.
* جداول الأنشطة المصورة.
* مجسمات.
* بعض الألعاب.

٤- تقويم البرنامج:

- التقييم الأولِي:

يهدف إلى تطبيق أدوات الدراسة قبل بداية البرنامج، لتسجيل القياس القبلي.

- التقويم التكويني:

هو التقويم الذي يحدث أثناء تنفيذ جلسات البرنامج بمتابعة التقدم في البرنامج من خلال "استمارة تقويم جلسات البرنامج" التي أعدها الباحث (ملحق: ٦)، والتي توزع في نهاية كل جلسة من جلسات البرنامج، كما يناقش الباحث الواجبات المنزلية للتعرف على مدى الاستفادة من الجلسة ومعرفة مدى التقدم في البرنامج، والحاجة لتلافي القصور أثناء البرنامج ومعالجتها.

- التقويم البعدي:

تم تقييم البرنامج الإرشادي لمعرفة مدى فعاليته في تعديل الاتجاهات السلبية لدى الأمهات، وتأثيره على تحسين جودة الحياة الأسرية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقليًا القابلين للتعلم، وذلك من خلال القياسين القبلي والبعدي لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا على مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة ومقياس جودة الحياة الأسرية، ومقارنة القياسين -القبلي والبعدي- بعضهما ببعض.

- التقويم التتبعي:

تم تقييم مدى استمرار فعالية البرنامج الإرشادي من خلال تطبيق مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة، ومقياس جودة الحياة الأسرية، بعد مرور شهرين من انتهاء تطبيق البرنامج الإرشادي، ومقارنة القياسين البعدي والتتبعي بعضهما ببعض.

- **أدوات الدراسة الإكلينيكية**:

تضم أدوات الدراسة الإكلينيكية الأدوات التالية:

١- استمارة مقابلة شخصية. (إعداد: الباحث)

٢- اختبار تفهم الموضوع (TAT) (إعداد: موراي ومورجان)
(Murray& Murgan, 1935)

٣- اختبار ساكس لتكملة الجمل (إعداد: ساكس وليفي، ترجمة: أحمد عبد العزيز سلامة)
(Sacks & Levy, 1950)

وفيما يلي وصفًا لهذه الأدوات:

١- استمارة مقابلة شخصية (إعداد : الباحث)

الهدف من الاستمارة:

هدفت الاستمارة جمع معلومات عن أمهات الأطفال المعاقين عقليًا، والاستفادة منها في دراسة حالتين طرفيتين.

إعداد الاستمارة:

لإعداد استمارة المقابلة الشخصية؛ قام الباحث بالاطلاع على بعض استمارات المقابلة الشخصية مثل آمال عبد السميع باظة (٢٠٠١)؛ رشاد علي موسى، ومديحة منصور الدسوقي (٢٠١٣)، ثم عرض الباحث الاستمارة في صورتها النهائية على مجموعة من المحكمين (ملحق: ١).

وصف الاستمارة:

تحتوي استمارة المقابلة الشخصية (ملحق: ٧) على بيانات خاصة بالأم، وبيانات خاصة بالطفل ذوي الإعاقة العقلية، والحالة النفسية للأم قبل وعند اكتشاف إعاقة الابن، وتعامل الأم مع الابن بعد اكتشافها إعاقته، وطبيعة العلاقة مع الابن ذوي الإعاقة العقلية، والتوجه المستقبلي للأم.

٢- اختبار تفهم الموضوع Thematic Apperception Test (TAT)

إعداد: موراي ومورجان (Murray& Murgan, 1935)

يعد اختبار تفهم الموضوع أكثر الاختبارات الاسقاطية شُهرةً، ويتكون الاختبار من (٣١) بطاقة، وتحتوي كل بطاقة على منظر به شخص أو عدة أشخاص في مواقف غير محددة المعالم يسمح بإدراكها على أنحاء مختلفة، ما عدا بطاقة واحدة تُركت بيضاء من غير صور، وتُعرض البطاقات على المفحوص بطاقة واحدة بعد الأخرى، ويطلب منه أن يستجيب لها بذكر القصة التي تخطر على باله عند رؤية الصورة، فالقصص التي يبتدعها الفرد تعبر عن شخصيته، وتكشف عن الكثير من انفعالاته ورغباته واتجاهاته ومخاوفه وصراعاته دون أن يشعر بها، إذ يفترض أن أحد شخصيات القصة (البطل) هو الشخص نفسه، وبالتالي ما يحدث في القصة يحدث للشخص نفسه. ومدون خلف كل بطاقة الرقم الخاص بها، والبطاقات ذات الأرقام بدون الأحرف تستخدم مع جميع الأفراد مهما يكن سنهم أو جنسهم، في حين أن هناك بطاقات أخرى تستخدم فقط مع الأطفال أو مع الراشدين أو مع الذكور أو الإناث.

واستخدم الباحث النسخة التي ترجمها محمد أحمد خطاب (٢٠١٢)، واختار الباحث منها أربع بطاقات فقط؛ نظرًا لمراعاة وقت أمهات الأطفال المعاقين عقليًا وظروفهن، وهي كالتالي:

- **البطاقة (1):** ولد جالس أمام منضدة ورأسه مستندة إلى ذراعيه، ويرتكز بمرفقيه على منضدة، وأمامه على المنضدة كتاب مفتوح، وعين الولد اليمنى مغلقة تقريبًا، أما عينه اليسرى فنصف مفتوحة.
- **البطاقة (10):** شخصان غامضان لرجل وامرأة ولا ترى في المنطقة إلا رأسهما، ويسند أحد الشخصين رأسه على الآخر، ويلمس بيده الكتف الآخر، أما عيونهما فمقفلة.
- **البطاقة (13B):** منزل من الخشب بابه مفتوح، وأمام الباب يجلس طفل صغير يسند مرفقيه على ركبتيه، ورأسه مسندة إلى راحة اليدين.
- **البطاقة (15):** رسم غريب جدًا، حيث أشكال تشبه حجارة المقابر وصلبان، ووسط هذه الأشكال وفي مقدمة الصورة شكل رجل نحيل الجسم غائر الفكين وذراعاه ممتدين نحو الأرض ويداه مقيدتان بالحديد أو مضمومتان إحداهما إلى الأخرى.

(٣) اختبار ساكس لتكملة الجمل (إعداد: ساكس وليفي، ترجمة: أحمد عبد العزيز سلامة) (Sacks & Levy, 1950)

يعد اختبار ساكس لتكملة الجمل من الاختبارات التي تستخدم استخدامًا واسعًا في المجالات الإكلينيكية، وقد لاحظ ساكس أن عبارات الاختبار تتيح للفرد فرصة كافية للتعبير عن اتجاهاته وبشكل يسمح للأخصائي النفسي أن يستدل منها على اتجاهات الشخصية السائدة، وتفيده في الكشف عن الحالات المرضية وتعطي للأخصائي الإكلينيكي أدلة مهمة عن محتوى اتجاهات المريض ومشاعره (رشاد علي موسى، ومديحة منصور الدسوقي، ٢٠١٣).

مكونات الاختبار:

يتكون الاختبار من (٦٠) جملة ناقصة تغطي (١٥) اتجاهًا، وتتدرج تحت أربعة مجالات من التوافق، وهي كالتالي:

أ- مجال الأسرة:

يتكون من (١٢) جملة، ويتضمن هذا المجال الاتجاه نحو الأم، والاتجاه نحو الأب، والاتجاه نحو وحدة الأسرة.

ب- مجال الجنس:

يتكون من (٨) جُمل، ويتضمن هذا المجال الاتجاه نحو الجنس الآخر، والاتجاه نحو العلاقات الجنسية الغيرية.

ج- مجالات العلاقات الإنسانية المتبادلة:

يتكون من (١٦) جُملة، ويتضمن هذا المجال الاتجاه نحو الأصدقاء والمعارف، الاتجاه نحو زملاء العمل أو المدرسة، الاتجاه نحو رؤساء العمل، الاتجاه نحو المؤسسة.

د- مجال فكرة الفرد عن نفسه:

يتكون من (٢٤) جُملة، ويتضمن هذا المجال الاتجاه نحو الخوف، الاتجاه نحو مشاعر الذنب، الاتجاه نحو القدرات الذاتية، الاتجاه نحو الماضي، الاتجاه نحو المستقبل، الاتجاه نحو الأهداف، وتعطي هذه الاتجاهات صورة كاملة عن فكرة الفرد عن نفسه على نحو ما هي عليه الآن، وما كانت عليه في الماضي، وما ينبغي أن تكون عليه في المستقبل.

طريقة حساب درجات الاختبار:

تتم الاستجابة على كل بند من خلال ميزان تقدير ثلاثي على النحو التالي: "درجتين" الحالة الاضطراب الشديد الذي يحتاج إلى مساعدة علاجية لعلاج الصراعات الانفعالية المتصلة بهذا المجال، و"درجة واحدة" لحالة الاضطراب المعتدل أي لمن لديه صراعًا انفعاليًا متصلًا بمجال، ولكن يبدو أن الفرد قادرًا على مواجهته بنفسه دون حاجة إلى مساعدة المعالج، و "صفر" حيث لا يوجد اضطراب انفعالي له دلالة ملحوظة في هذا المجال. وتمتد الدرجات على بنود اختبار ساكس لتكملة الجمل من (صفر) إلى (١٢٠) درجة، وتدل الدرجة المرتفعة على وجود الاضطراب الشديد، والعكس صحيح.

رابعاً: الخطوات الإجرائية للدراسة:

قام الباحث بمجموعة من الإجراءات أثناء الدراسة، ويمكن إيجازها كالتالي:

١- الاطلاع على أدبيات البحث العلمي، وبعض المقاييس السابقة والبرامج الإرشادية.

٢- اختيار عينة الدراسة

تكونت عينة الدراسة من المجموعات الآتية:

أ- **مجموعة التحقق من الخصائص السيكومترية:** اختار الباحث مجموعة قوامها (٣٠) أُمًا من أمهات الأطفال المعاقين عقليًا القابلين للتعلم، والمسجل أبنائهن بمركز إنماء لذوي الاحتياجات الخاصة بدكرنس- محافظة الدقهلية؛ للتحقق من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة.

ب- **مجموعة الدراسة الوصفية:** تكونت من (٦٢) أُمًا من أمهات الأطفال المعاقين عقليًا القابلين للتعلم، وتتراوح أعمارهن الزمنية بين (٢٢-٤٢) سنة بمتوسط عُمري قدره ٣٢,٥٧ سنة وانحراف معياري ٥,٤٠ ، وتتراوح أعمار أطفالهن ما بين ٤-٦ سنوات، والمسجلين بمركزيّ (IQ) لتنمية مهارات ذوي الاحتياجات الخاصة بدسوق وكفر الشيخ.

ج- **مجموعة الدراسة التجريبية:** تكونت من (١٠) أمهات لأطفال معاقين عقليًا قابلين للتعلم ممن تقع درجاتهن في الإرباعي الأدنى على مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة، وتتراوح أعمارهن الزمنية بين (٢٧-٤٠) سنة بمتوسط عُمري قدره ٣٢,٥ سنة وانحراف معياري ٤,٣٨، وتتراوح أعمار أطفالهن ما بين ٤-٦ سنوات،

بمتوسط عُمري قدره ٥,٠٥ سنة وانحراف معياري ٠,٦٤٣، ويتراوح معامل ذكائهم بين (٥٦,٦٧ – ٧٠,٤) درجة على مقياس ستانفورد بينيه "الصورة الخامسة" (اقتباس وإعداد: محمود السيد أبو النيل، محمد طه، وعبد الموجود عبد السميع، ٢٠١١) بمتوسط ٦٣,١٠ وانحراف معياري ٤,٦٦ من واقع سجلاتهم بمركز (IQ) لتنمية مهارات ذوي الاحتياجات الخاصة بكفر الشيخ.

د- **مجموعة الدراسة الإكلينيكية:** اختار الباحث قصديًا من مجموعة الدراسة التجريبية أُمًا حاصلة على درجة مرتفعة في مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة في القياس البعدي، بالإضافة لأم حاصلة على درجة منخفضة على مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة في القياس البعدي.

٣- القياس القبلي:

تم تطبيق أدوات الدراسة على مجموعة الدراسة الوصفية قُبيل تطبيق البرنامج الإرشادي.

٤- تطبيق البرنامج الإرشادي:

تم تطبيق البرنامج الإرشادي على مجموعة الدراسة التجريبية في مدى زمني ثلاثة أشهر تقريبًا في الفترة من (٢٠١٩/٩/٢٢م حتى ٢٠١٩/١٢/١م).

٥- القياس البعدي:

تم تطبيق مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة، ومقياس جودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا، على مجموعة الدراسة التجريبية عقب انتهاء تطبيق البرنامج مباشرة؛ وذلك لمقارنة نتائج القياس البعدي بالقياس القبلي للوقوف على الأثر الفعلي للبرنامج. كما اختار الباحث حالتين طرفيتين من أمهات الأطفال المعاقين عقليًا، الحالة الأولى حاصلة على درجة مرتفعة على مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة في القياس البعدي، أما الحالة الثانية حاصلة على درجة منخفضة على مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة في القياس البعدي، ثم طبق الباحث أدوات الدراسة الإكلينيكية (استمارة مقابلة شخصية- اختبار تفهم الموضوع (TAT)- اختبار ساكس لتكملة الجمل).

٦- القياس التتبعي:

تم تطبيق مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة، ومقياس جودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا على مجموعة الدراسة التجريبية بعد مرور شهرين من انتهاء تطبيق البرنامج؛ وذلك لمعرفة مدى استمرار فعالية البرنامج الإرشادي المستخدم، حيث تمت المقارنة بين نتائج القياسين التتبعي والبعدي لمجموعة الدراسة.

٧- تحليل البيانات وتلخيصها:

قام الباحث بتحليل البيانات وتلخيصها باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة، واستخلاص النتائج، ومناقشتها، ثم صياغة توصيات الدراسة في ضوء النتائج.

خامساً: الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

قام الباحث بمعالجة البيانات التي تم الحصول عليها باستخدام مجموعة من الأساليب الإحصائية بالاعتماد على البرنامج الإحصائي SPSS- 23، وهي:

- الإحصاء الوصفي، ويتمثل في المتوسط الحسابي والانحراف المعياري.
- معامل ارتباط سبيرمان – براون وجيتمان.
- معادلة ألفا لكرونباخ.
- معامل ارتباط بيرسون.
- تحليل الانحدار متعدد الخطوات.
- اختبار ويلكوكسون وقيمة Z كأسلوب إحصائي لا بارامتري لاختبار دلالة الفروق لعينتين مرتبطتين، وذلك أثناء اختبار فروض الدراسة.
- معامل الارتباط الثنائي لرتب الأزواج المرتبطة (r_{prb}) لحساب حجم تأثير البرنامج على المتغيرات التابعة.



نتائج الدراسة ومناقشتها وتفسيرها

أولاً: نتائج الدراسة الوصفية

- **نتائج الفرض الأول ومناقشتها وتفسيرها**
- **نتائج الفرض الثاني ومناقشتها وتفسيرها**

ثانياً: نتائج الدراسة التجريبية

- **نتائج الفرض الثالث ومناقشتها وتفسيرها**
- **نتائج الفرض الرابع ومناقشتها وتفسيرها**
- **نتائج الفرض الخامس ومناقشتها وتفسيرها**
- **نتائج الفرض السادس ومناقشتها وتفسيرها**

ثالثاً: نتائج الدراسة الإكلينيكية

- **نتائج الفرض السابع ومناقشتها وتفسيرها**

- ➢ **توصيات الدراسة**
- ➢ **دراسات وبحوث مقترحة**

الفصل الرابع

نتائج الدراسة ومناقشتها وتفسيرها

قدم الباحث في هذا الفصل النتائج التي توصل إليها، والتفسير الذي قُدم لهذه النتائج في ضوء الإطار النظري ونتائج الدراسات والبحوث السابقة، وقَسَّم الباحث نتائج الدراسة إلى ثلاثة أقسام: نتائج الدراسة الوصفية، ونتائج الدراسة التجريبية، ونتائج الدراسة الإكلينيكية، وانتهي الفصل بالتوصيات التربوية التي أَوصى بها الباحث، والبحوث المقترحة.

أولاً: نتائج الدراسة الوصفية

قام الباحث بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمجموعة الدراسة الوصفية على متغيرات الدراسة في القياس القبلي.

ويوضح جدول (٢٠) و (٢١) الإحصاء الوصفي لمتغيرات الدراسة:

جدول (٢٠)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمجموعة الدراسة الوصفية على متغيرات الدراسة (ن = ٦٢)

المقياس	المُكونـــــــات	المتوسطات الحسابية	الانحرافات المعيارية
اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة	التقبل في مقابل الرفض	٢٣,١٦	٤,٤٦٢
	المساواة في مقابل التفرقة	٢٤,٤٨	٤,٩٢٥
	الحنان في مقابل القسوة	٢٨,٦٨	٦,٤٠٤
	الاعتدال في مقابل التدليل	٢٢,٧٧	٣,٣٥١
	الدرجة الكلية لاتجاه الأمهات	٩٩,١٠	١٦,٦٨٣
جودة الحياة الأسرية	حل المشكلات الأسرية	٢٢,٢٣	٣,٧٥٧
	مواجهة الضغوط	٢٢,٦١	٣,٢٨١
	القيام بالأدوار الأسرية	٢٤,٢٧	٤,٠٥٨
	القبول الإيجابي للابن المعاق	٢٣,٣٦	٥,٠٤٨
	الرضا عن الحياة	٢٣,٨٤	٤,٨٤٩
	الدرجة الكلية لجودة الحياة الأسرية	١١٦,٣١	١٨,٥٠١

جدول (٢١) الإحصاء الوصفي لمجموعة الدراسة التجريبية على متغيرات الدراسة (ن = ١٠)

مسلسل الأم	الدرجة الكلية لاتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا			الدرجة الكلية لجودة الحياة الأسرية		
	قبلي	بعدي	تتبعي	قبلي	بعدي	تتبعي
١	٧٣	١٠٠	١٠٩	٨٥	١١٣	١١٠
٢	٧٦	٨٧	١٠١	٨٨	١٠٠	١٠٧
٣	٨٢	١٠٨	١١٠	٨٣	١٠١	١٠٥
٤	٦٦	٩٨	١٠٤	٨٤	١٠٩	١١٦
٥	٧٠	١٠٦	١٠٨	٧٧	٩٩	١٠٨
٦	٨٥	١٢١	١١٩	٨٥	١١٤	١١٤
٧	٧١	١٠٧	١١٧	٨٦	١١٤	١١٧
٨	٦٧	٩٣	١٠٦	٨٤	٩٨	١١١
٩	٧٨	١١١	١١٥	٩٣	١١٤	١٢٢
١٠	٧٤	١١٥	١١٧	٨٣	١١٥	١١٨
المتوسط	٧٤,٢	١٠٤,٦	١١٠,٦	٨٤,٨	١٠٧,٧	١١٢,٨
الانحراف المعياري	٦,١٧٩	١٠,٢٥٥	٦,١٣٢	٤,٠٥٠	٧,٢٧٣	٥,٤٧٣

نتائج الفرض الأول ومناقشتها وتفسيرها

ينص الفرض الأول على أنه: **"توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيًا بين اتجاهات الأمهات نحو إعاقة أطفالهن المعاقين عقليًا وجودة الحياة الأسرية لديهن".**

للتحقق من الفرض الأول استخدم الباحث معامل ارتباط بيرسون لحساب معامل الارتباط بين درجات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا على مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة ومقياس جودة الحياة الأسرية، ويوضح جدول (٢٢) تلك النتائج:

جدول (٢٢)

قيم معاملات الارتباط بين اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة وجودة الحياة الأسرية لديهن (ن = ٦٢)

اتجاه أمهات الأطفال / جودة الحياة الأسرية	التقبل في مقابل الرفض	المساواة في مقابل التفرقة	الحنان في مقابل القسوة	الاعتدال في مقابل التدليل	الدرجة الكلية لاتجاه الأمهات
حل المشكلات الأسرية	٠,٧٧٦**	٠,٧٤٦**	٠,٦٨٨**	٠,٧٥٢**	٠,٨٤٣**
مواجهة الضغوط	٠,٤٨٢**	٠,٥١٧**	٠,٥٦٥**	٠,٤٤١**	٠,٥٨٧**
القيام بالأدوار الأسرية	٠,٧٣٧**	٠,٦٩٤**	٠,٦٢٦**	٠,٧٣٤**	٠,٧٩٠**
القبول الإيجابي للابن المعاق	٠,٨٠٩**	٠,٧٥٢**	٠,٧٢٩**	٠,٧٣٣**	٠,٨٦٦**
الرضا عن الحياة	٠,٧١٢**	٠,٦٧٩**	٠,٦٢١**	٠,٦٨٣**	٠,٧٦٦**
الدرجة الكلية لجودة الحياة الأسرية	٠,٨١٢**	٠,٧٧٨**	٠,٧٣٩**	٠,٧٧١**	٠,٨٨٥**

* دالة عند مستوى ٠,٠٥ ** دالة عند مستوى ٠,٠١

اتضح من جدول (٢٢) وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة ٠,٠١ بين اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة وجودة الحياة الأسرية لديهن، وهذه النتائج تحقق الفرض الأول.

مناقشة وتفسير نتائج الفرض الأول:

تشير نتائج الفرض الأول إلى أنه كلما كان اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا إيجابيًا نحو الإعاقة زاد شعورهن بجودة الحياة الأسرية، واستطعن التغلب على المشكلات الأسرية ومواجهة الضغوط والقيام بالأدوار الأسرية بفعالية والقبول الإيجابي لابنهن المعاق والرضا العام عن الحياة.

وتتفق نتائج هذا الفرض مع نتائج دراسة وحيد مصطفى كامل (٢٠٠٥) التي أشارت إلى تحسين التوافق النفسي لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية أدى إلى انخفاض إساءة الأمهات لأطفالهن ذوي الإعاقة العقلية. ودراسة وردة حسن محمد (٢٠١٠) التي أشارت إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين جودة الحياة لدى الوالدين وتقبلهم لطفلهم المعاق فكريًا.

وتتفق تلك النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة Lecavalier et al. (2006) التي أشارت إلى أن الأسر التي لديها أطفال ذوو إعاقة تواجه بصفة مستمرة تحديات كثيرة بسبب الإعاقة، وأن هذه التحديات تؤثر على جودة حياة أفرادها، وفي هذا السياق تشير دراسة أحمد محمد أبو زيد (٢٠١١) إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة بين جودة الحياة والضغوط النفسية لدى آباء وأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية. كما تتفق تلك النتيجة مع دراسة رباب عبد الكريم بنداري وآخرون (٢٠١٥) التي أشارت إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين جودة الحياة لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية وأساليب المواجهة الإيجابية حيث الأمهات اللاتي يشعرن بجودة الحياة مرتفعة يستخدمن أساليب مواجهة ضغوط إيجابية.

نتائج الفرض الثاني ومناقشتها وتفسيرها:

ينص الفرض الثاني على أنه: "**يُمكن التنبؤ بجودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا من خلال اتجاهاتهن نحو إعاقة أطفالهن**".

للتحقق من هذا الفرض استخدم الباحث تحليل الانحدار المتعدد اعتمادًا على طريقة التحليل المتتابع Stepwise Analysis لدرجات العينة، على اعتبار اتجاه الأمهات نحو إعاقة أطفالهن متغير مستقل وجودة الحياة الأسرية متغير تابع، وكذلك تم حساب معادلة الانحدار لتحديد مدى التنبؤ بجودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا من خلال اتجاهاتهن نحو إعاقة أطفالهن، ويوضح جدول (٢٣) نسبة المساهمة (R^2)، وقيمة (ف) ودلالتها للدرجة الكلية لاتجاه الأمهات نحو إعاقة أطفالهن وأبعاده مع الدرجة الكلية لجودة الحياة الأسرية وأبعادها المُنبئة به.

جدول (٢٣)

نتائج تحليل الانحدار الخطي للتنبؤ بجودة الحياة الأسرية (متغير تابع) من اتجاه الأمهات نحو إعاقة أطفالهن (متغير مستقل) (ن = ٦٢)

المتغير التابع	المتغير المستقل (المُنبئ)	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) ودلالتها	معامل ارتباط بيرسون (R)	معامل التحديد (R^2)	المتغير	معامل الانحدار غير المعياري (B)	الخطأ المعياري	معامل الانحدار المعياري (Beta)	قيمة (ت) ودلالتها
حل المشكلات الأسرية	الدرجة الكلية لاتجاه أمهات المعاقين	الانحدار	٦١١,٧٢١	١	٦١١,٧٢١	١٤٧,٣٣٣ **	٠,٨٤٣	٠,٧١١	الثابت	٣,٤١٥	١,٥٧١		٢,١٧٤ *
		البواقي	٢٤٩,١١٨	٦٠	٤,١٥٢				الدرجة الكلية لاتجاه الأمهات	٠,١٩٠	٠,٠١٦	٠,٨٤٣	١٢,١٣٨ **
		الكلي	٨٦٠,٨٣٩	٦١									
مواجهة الضغوط	الدرجة الكلية لاتجاه أمهات المعاقين	الانحدار	٢٢٦,٣٥٢	١	٢٢٦,٣٥٢	٣١,٥٥٨ **	٠,٥٨٧	٠,٣٤٥	الثابت	١١,١٧١	٢,٠٦٥		٥,٤٠٩ **
		البواقي	٤٣٠,٣٥٨	٦٠	٧,١٧٣				الدرجة الكلية لاتجاه الأمهات	٠,١١٥	٠,٠٢١	٠,٥٨٧	٥,٦١٨ **
		الكلي	٦٥٦,٧١٠	٦١									
القيام بالأدوار الأسرية	الدرجة الكلية لاتجاه أمهات المعاقين	الانحدار	٦٢٦,٥٠٥	١	٦٢٦,٥٠٥	٩٩,٤٨٩ **	٠,٧٩٠	٠,٦٢٤	الثابت	٥,٢٣٨	١,٩٣٥		٢,٧٠٧ **
		البواقي	٣٧٧,٨٣٤	٦٠	٦,٢٩٧				الدرجة الكلية لاتجاه الأمهات	٠,١٩٢	٠,٠١٩	٠,٧٩٠	٩,٩٧٤ **
		الكلي	١٠٠٤,٣٣٩٧	٦١									
القبول الإيجابي للابن المعاق	الدرجة الكلية لاتجاه أمهات المعاقين	الانحدار	١١٦٤,٢٣٩	١	١١٦٤,٢٣٩	١٧٩,١٣٤ **	٠,٨٦٦	٠,٧٤٩	الثابت	٢,٥٩٦ -	١,٩٦٦		١,٣٢٠ -
		البواقي	٣٨٩,٩٥٥	٦٠	٦,٤٩٩				الدرجة الكلية لاتجاه الأمهات	٠,٢٦٢	٠,٠٢٠	٠,٨٦٦	١٣,٣٨٤ **
		الكلي	١٥٥٤,١٩٤	٦١									

المتغير التابع	المتغير المستقل (المُنبئ)	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) ودلالتها	معامل ارتباط بيرسون (R)	معامل التحديد (R^2)	المتغير	معامل الانحدار غير المعياري (B)	الخطأ المعياري	معامل الانحدار المعياري (Beta)	قيمة (ت) ودلالتها
	التقبل في مقابل الرفض	الانحدار	١١٩٦,١٧٤	٢	٥٩٨,٠٨٧	٩٨,٥٦٢ **	٠,٨٧٧	٠,٧٧٠	الثابت	- ٢,٨١٦	١,٩٠٢		- ١,٤٨١
		البواقي	٣٥٨,٠١٩	٥٩	٦,٠٦٨				الدرجة الكلية لاتجاه الأمهات	٠,١٩٣	٠,٠٣٦	٠,٦٣٧	٥,٤٣٠ **
		الكلي	١٥٥٤,١٩٤	٦١					التقبل في مقابل الرفض	٠,٣٠٥	٠,١٣٣	٠,٢٦٩	٢,٢٩٤ *
الرضا عن الحياة	الدرجة الكلية لاتجاه أمهات المعاقين	الانحدار	٨٤٢,٠٤٣	١	٨٤٢,٠٤٣	٨٥,٢٩٣ **	٠,٧٦٦	٠,٥٨٧	الثابت	١,٧٦٩	٢,٤٢٣		٠,٧٣٠
		البواقي	٥٩٢,٣٤٤	٦٠	٩,٨٧٢				الدرجة الكلية لاتجاه الأمهات	٠,٢٢٣	٠,٠٢٤	٠,٧٦٦	٩,٢٣٥ **
		الكلي	١٤٣٤,٣٨٧	٦١									
الدرجة الكلية لجودة الحياة الأسرية	الدرجة الكلية لاتجاه أمهات المعاقين	الانحدار	١٦٣٧٠,٤٢٨	١	١٦٣٧٠,٤٢٨	٢١٧,٨٤٩ **	٠,٨٨٥	٠,٧٨٤	الثابت	١٨,٩٩٧	٦,٦٨٤		٢,٨٤٢ **
		البواقي	٤٥٠٨,٧٥٠	٦٠	٧٥,١٤٦				الدرجة الكلية لاتجاه الأمهات	٠,٩٨٢	٠,٠٦٧	٠,٨٨٥	١٤,٧٦٠ **
		الكلي	٢٠٨٧٩,١٧٧	٦١									
	التقبل في مقابل الرفض	الانحدار	١٦٦٥٩,٣٠٧	٢	٨٣٢٩,٦٥٣	١١٦,٤٦١ **	٠,٨٩٣	٠,٧٩٨	الثابت	١٨,٣٣٤	٦,٥٢٩		٢,٨٠٨ **
		البواقي	٤٢١٩,٨٧١	٥٩	٧١,٥٢٣				الدرجة الكلية لاتجاه الأمهات	٠,٧٧٤	٠,١٢٢	٠,٦٩٨	٦,٣٥١ **
		الكلي	٢٠٨٧٩,١٧٧	٦١					التقبل في مقابل الرفض	٠,٩١٦	٠,٤٥٦	٠,٢٢١	٢,٠١٠ *

* دالة عند مستوى ٠,٠٥

** دالة عند مستوى ٠,٠١

اتضح من جدول (٢٣) ما يلي:

أولاً: التنبؤ بحل المشكلات الأسرية:

يمكن التنبؤ بحل المشكلات الأسرية كأحد مكونات جودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا من الدرجة الكلية لاتجاه الأمهات نحو إعاقة أبنائهن، حيث تُعَدُّ الدرجة الكلية لاتجاه أمهات المعاقين عقليًا نحو الإعاقة منبئًا إيجابيًا، ويفسر أنموذج اتجاه أمهات المعاقين عقليًا نحو الإعاقة المنبئ بحل المشكلات الأسرية نسبة ٧١,١٪ من التباين الحاصل لحل المشكلات الأسرية، حيث بلغت قيمة معامل التحديد (R^2) ٠,٧١١.

واتضح أن قيمة "ف" (١٤٧,٣٣٣) دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة ٠,٠١ ، وتشير إلى القوة التفسيرية المرتفعة لنموذج الانحدار الخطي المتعدد من الناحية الإحصائية. كما أن قيمة "ت" (١٢,١٣٨) دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة ٠,٠١ ، وتشير إلى معنوية معامل الانحدار.

ويُمكن صياغة معادلة خط الانحدار –باستخدام بيتا غير المعيارية (B)– التي تُعِين على التنبؤ بحل المشكلات الأسرية كأحد مكونات جودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا بمعلومية الدرجة الكلية لاتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة، وذلك كالتالي:

حل المشكلات الأسرية = ٣,٤١٥ + (٠,١٩٠ × الدرجة الكلية لاتجاه الأمهات).

ثانيًا: التنبؤ بمواجهة الضغوط:

يمكن التنبؤ بمواجهة الضغوط كأحد مكونات جودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا من الدرجة الكلية لاتجاه الأمهات نحو إعاقة أبنائهن، حيث تُعَدُّ الدرجة الكلية لاتجاه أمهات المعاقين عقليًا نحو الإعاقة منبئًا إيجابيًا، ويفسر أنموذج اتجاه أمهات المعاقين عقليًا نحو الإعاقة المنبئ بمواجهة الضغوط نسبة ٣٤,٥٪ من التباين الحاصل لمواجهة الضغوط، حيث بلغت قيمة معامل التحديد (R^2) ٠,٣٤٥.

واتضح أن قيمة "ف" (٣١,٥٥٨) دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة ٠,٠١ ، وتشير إلى القوة التفسيرية المرتفعة لنموذج الانحدار الخطي المتعدد من الناحية الإحصائية. كما أن قيمة "ت" (٥,٦١٨) دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة ٠,٠١ ، وتشير إلى معنوية معامل الانحدار.

ويُمكن صياغة معادلة خط الانحدار –باستخدام بيتا غير المعيارية (B)– التي تُعِين على التنبؤ بمواجهة الضغوط كأحد مكونات جودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا بمعلومية الدرجة الكلية لاتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة، وذلك كالتالي:

مواجهة الضغوط = ١١,١٧١ + (٠,١١٥ × الدرجة الكلية لاتجاه الأمهات).

ثالثًا: التنبؤ بالقيام بالأدوار الأسرية:

يمكن التنبؤ بالقيام بالأدوار الأسرية كأحد مكونات جودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا من الدرجة الكلية لاتجاه الأمهات نحو إعاقة أبنائهن، حيث تُعَدُّ الدرجة الكلية لاتجاه أمهات المعاقين عقليًا نحو الإعاقة منبئًا إيجابيًا، ويفسر أنموذج اتجاه أمهات المعاقين عقليًا نحو الإعاقة المنبئ بالقيام بالأدوار الأسرية نسبة ٦٢,٤٪ من التباين الحاصل في القيام بالأدوار الأسرية، حيث بلغت قيمة معامل التحديد (R^2) ٠,٦٢٤.

واتضح أن قيمة "ف" (٩٩,٤٨٩) دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة ٠,٠١ ، وتشير إلى القوة التفسيرية المرتفعة لنموذج الانحدار الخطي المتعدد من الناحية الإحصائية. كما أن قيمة "ت" (٩,٩٧٤) دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة ٠,٠١ ، وتشير إلى معنوية معامل الانحدار.

ويُمكن صياغة معادلة خط الانحدار –باستخدام بيتا غير المعيارية (B)– التي تُعِين على التنبؤ بالقيام بالأدوار الأسرية كأحد مكونات جودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا بمعلومية الدرجة الكلية لاتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة، وذلك كالتالي:

القيام بالأدوار الأسرية = ٥,٢٣٨ + (٠,١٩٢ × الدرجة الكلية لاتجاه الأمهات).

رابعًا: التنبؤ بالقبول الإيجابي للابن المعاق:

يمكن التنبؤ بالقبول الإيجابي للابن المعاق كأحد مكونات جودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا من الدرجة الكلية لاتجاه الأمهات نحو إعاقة أبنائهن ومكون التقبل في مقابل الرفض، حيث تُعَدُّ الدرجة الكلية لاتجاه أمهات المعاقين عقليًا نحو الإعاقة

ومكون التقبل في مقابل الرفض منبئين إيجابيين، ويفسر أنموذج اتجاه أمهات المعاقين عقليًا نحو الإعاقة المنبئ بالقبول الإيجابي للابن المعاق نسبة ٧٤,٩٪ من التباين الحاصل في القبول الإيجابي للابن المعاق، حيث بلغت قيمة معامل التحديد (R^2) ٠,٧٤٩ ، ويفسر الأنموذج المتضمن الدرجة الكلية لاتجاه أمهات المعاقين عقليًا نحو الإعاقة ومكون التقبل في مقابل الرفض المنبئين بالقبول الإيجابي للابن المعاق نسبة ٧٧٪ من التباين الكلي، حيث بلغت قيمة معامل التحديد (R^2) ٠,٧٧ .

واتضح أن قيمة "ف" (١٧٩,١٣٤ – ٩٨,٥٦٢) دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة ٠,٠١ ، وتشير إلى القوة التفسيرية المرتفعة لنموذج الانحدار الخطي المتعدد من الناحية الإحصائية. كما تراوحت قيم "ت" ما بين (١٣,٣٨٤ – ٢,٢٩٤) وهي قيم دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة ٠,٠١ و ٠,٠٥ على الترتيب، وتشير إلى معنوية معامل الانحدار.

ويُمكن صياغة معادلة خط الانحدار –باستخدام بيتا غير المعيارية (B)– التي تُعِين على التنبؤ بالقبول الإيجابي للابن المعاق كأحد مكونات جودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا بمعلومية الدرجة الكلية لاتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة ومكون التقبل في مقابل الرفض، وذلك كالتالي:

القبول الإيجابي للابن المعاق = – ٢,٥٩٦ + (٠,٢٦٢ × الدرجة الكلية لاتجاه الأمهات).

القبول الإيجابي للابن المعاق = – ٢,٨١٦ + (٠,١٩٣ × الدرجة الكلية لاتجاه الأمهات) + (٠,٣٠٥ × التقبل في مقابل الرفض).

خامسًا: التنبؤ بالرضا عن الحياة:

يمكن التنبؤ بالرضا عن الحياة كأحد مكونات جودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا من الدرجة الكلية لاتجاه الأمهات نحو إعاقة أبنائهن، حيث تُعَدُّ الدرجة الكلية لاتجاه أمهات المعاقين عقليًا نحو الإعاقة منبئًا إيجابيًا، ويفسر أنموذج اتجاه أمهات المعاقين عقليًا نحو الإعاقة المنبئ بالرضا عن الحياة ٥٨,٧٪ من التباين الحاصل في الرضا عن الحياة، حيث بلغت قيمة معامل التحديد (R^2) ٠,٥٨٧.

وتشير قيمة "ف" (٨٥,٢٩٣) إلى وجود تأثير دال إحصائيًا عند مستوى ٠,٠١ لاتجاه الأمهات نحو الإعاقة على المُتغير التابع (الرضا عن الحياة)، كما اتضح أن تأثير اتجاه أمهات المعاقين عقليًا نحو الإعاقة على الرضا عن الحياة دال إحصائيًا حيث كانت قيمة "ت" (٩,٢٣٥) دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة ٠,٠١ ؛ مما تشير إلى معنوية معامل الانحدار.

ويُمكن صياغة معادلة خط الانحدار –باستخدام بيتا غير المعيارية (B)– التي تُعِين على التنبؤ بالرضا عن الحياة كأحد مكونات جودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا بمعلومية الدرجة الكلية لاتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة، وذلك كالتالي:

الرضا عن الحياة = ١,٧٦٩ + (٠,٢٢٣ × الدرجة الكلية لاتجاه الأمهات).

سادسًا: الدرجة الكلية لجودة الحياة الأسرية:

يمكن التنبؤ بالدرجة الكلية لجودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا من الدرجة الكلية لاتجاه الأمهات نحو إعاقة أبنائهن ومكون التقبل في مقابل الرفض، حيث تُعَدُّ الدرجة الكلية لاتجاه أمهات المعاقين عقليًا نحو الإعاقة ومكون التقبل في مقابل الرفض منبئين إيجابيين، ويفسر أنموذج اتجاه أمهات المعاقين عقليًا نحو الإعاقة المنبئ بالدرجة الكلية لجودة الحياة الأسرية نسبة ٧٨,٤٪ من التباين الحاصل في الدرجة الكلية لجودة الحياة الأسرية، حيث بلغت قيمة معامل التحديد (R^2) ٠,٧٨٤ ، ويفسر الأنموذج المتضمن الدرجة الكلية لاتجاه أمهات المعاقين عقليًا نحو الإعاقة ومكون التقبل في مقابل الرفض المنبئين بالدرجة الكلية لجودة الحياة الأسرية نسبة ٧٩,٨٪ من التباين الكلي، حيث بلغت قيمة معامل التحديد (R^2) ٠,٧٩٨

واتضح أن قيمة "ف" (٢١٧,٨٤٩ – ١١٦,٤٦١) دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة ٠,٠١ ، وتشير إلى القوة التفسيرية المرتفعة لنموذج الانحدار الخطي المتعدد من الناحية الإحصائية. كما تراوحت قيم "ت" ما بين (١٤,٧٦٠ – ٢,٠١٠) وهي قيم دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة ٠,٠١ و ٠,٠٥ على الترتيب، وتشير إلى معنوية معامل الانحدار.

ويُمكن صياغة معادلة خط الانحدار –باستخدام بيتا غير المعيارية (B)– التي تُعِين على التنبؤ بالدرجة الكلية لجودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا بمعلومية الدرجة الكلية لاتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة ومكون التقبل في مقابل الرفض، وذلك كالتالي:

الدرجة الكلية لجودة الحياة الأسرية = ١٨,٩٩٧ + (٠,٩٨٢ × الدرجة الكلية لاتجاه الأمهات).

الدرجة الكلية لجودة الحياة الأسرية = ١٨,٣٣٤ + (٠,٧٧٤ × الدرجة الكلية لاتجاه الأمهات) + (٠,٩١٦ × التقبل في مقابل الرفض).

اتضح مما سبق؛ أنه يمكن التنبؤ بدرجات المتغير التابع (جودة الحياة الأسرية) من خلال درجات المتغير المستقل (اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة)، ويشير ذلك إلى أن الزيادة في اتجاهات الأمهات نحو إعاقة أبنائهن تؤدي إلى الزيادة في جودة الحياة الأسرية، وهذه النتائج تحقق الفرض الثاني.

وتأتي هذه النتيجة لتؤكد مرة أخرى على الارتباط بين المتغيرين كما أشارت إليه نتائج الفرض الأول. حيث تتفق تلك النتائج مع نتائج دراسة وحيد مصطفى كامل (٢٠٠٥) التي أشارت إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة بين التوافق النفسي لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية وإساءة الأمهات لأطفالهن ذوي الإعاقة العقلية، ودراسة وردة حسن محمد (٢٠١٠) التي أشارت إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين جودة الحياة لدى الوالدين وتقبلهم لطفلهم المعاق فكريًا. ودراسة رباب عبد الكريم بنداري وآخرون (٢٠١٥) التي أشارت إلى إمكانية التنبؤ بأساليب المواجهة من خلال جودة الحياة.

ويفسر الباحث ذلك بأن الاتجاه الإيجابي للأم نحو ابنها ذوي الإعاقة الفكرية يؤدي إلى شعورها بالسعادة، والطمأنينة النفسية، والأمل، والتفاؤل، والتوجه الإيجابي نحو المستقبل، ومزيداً من التقبل الاجتماعي، والرضا عن الحياة؛ وبالتالي ارتفاع شعورها بجودة الحياة الأسرية، كما أن رفض الأم لابنها ذوي الإعاقة الفكرية أو حمايته الزائدة يؤدي إلى استخدام الأم لأساليب مواجهة سلبية كالانسحاب من المواقف الاجتماعية وصعوبة مواجهة المشكلات الأسرية؛ وبالتالي انخفاض شعورها بجودة الحياة الأسرية.

ثانياً: نتائج الدراسة التجريبية

نتائج الفرض الثالث ومناقشتها وتفسيرها

ينص الفرض الثالث على أنه: "**تتحسن اتجاهات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا أفراد المجموعة التجريبية نحو إعاقة أطفالهن في القياس البعدي**".

للتحقق من الفرض الثالث؛ استخدم الباحث اختبار ويلكوكسون Wilcoxon (W) كأسلوب إحصائي لا بارامتري للمقارنة بين عينتين مرتبطتين، وذلك بهدف اختبار دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا على مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة ومكوناته في القياسين القبلي والبعدي، كما قام الباحث بحساب حجم التأثير باستخدام معامل الارتباط الثنائي لرتب الأزواج المرتبطة (r_{prb}) باستخدام المعادلة التالية:

$$r_{prb} = \frac{4\,T_{+}}{n\,(n+1)} - 1$$

حيث تشير (T_{+}) إلى مجموع الرتب الموجبة، و (**n**) إلى عدد أزواج الدرجات

ويفسر حجم التأثير r_{prb} وفقًا للمحكات التالية:

- حجم تأثير ضعيف إذا كانت $r_{prb} < 0.4$
- حجم تأثير متوسط إذا كانت $0.4 \le r_{prb} < 0.7$
- حجم تأثير كبير إذا كانت $0.7 \le r_{prb} < 0.9$
- حجم تأثير كبير جدًا إذا كانت $r_{prb} \ge 0.9$ (Van Doorn et al., 2020, 2994)

ويوضح جدول (٢٤) تلك النتائج:

جدول (٢٤)

نتائج اختبار ويلكوكسون وقيمة Z ودلالتها الإحصائية للفروق بين متوسطات رتب درجات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا في القياسين القبلي والبعدي على مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة ومكوناته

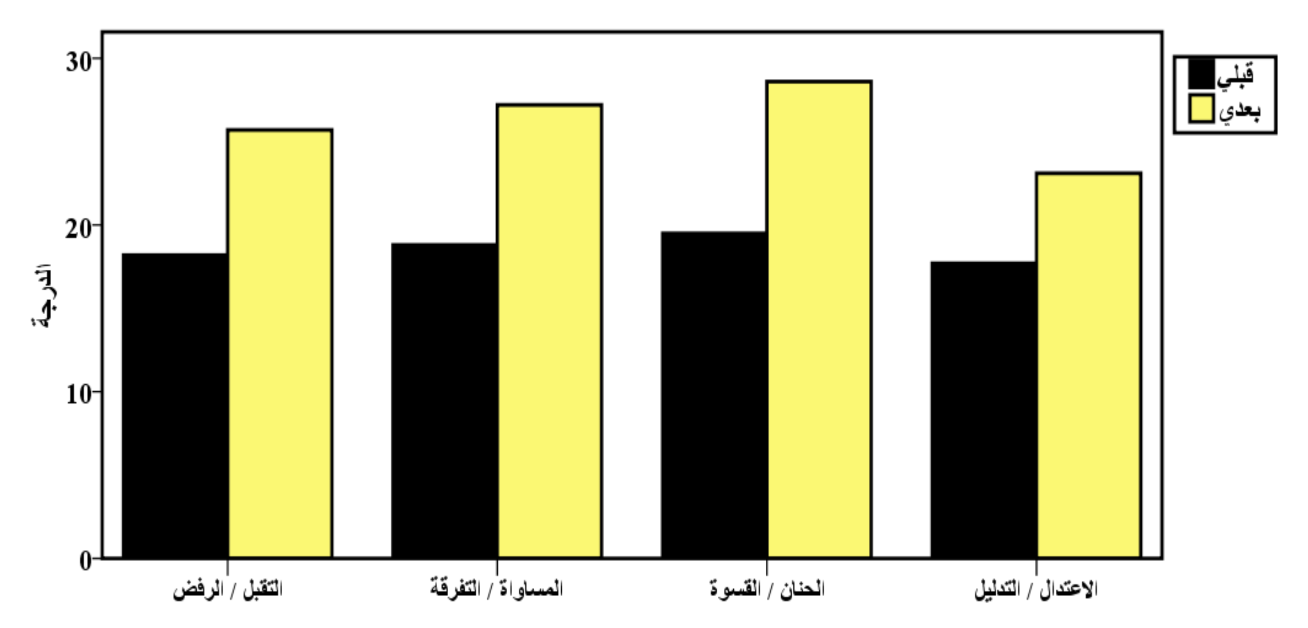
مكونات المقياس	القياس	المتوسط	الانحراف المعياري	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة W	قيمة Z	الدلالة الإحصائية	معامل الارتباط الثنائي (rprb)	حجم التأثير
التقبل في مقابل الرفض	القبلي	١٨,٢٠	٢,٢٥	السالبة	–	٠,٠٠	٠,٠٠	صفر	-٢,٨٠٩	٠,٠٠٥**	١,٠٠	كبير جدًا
				الموجبة	١٠	٥,٥٠	٥٥,٠٠					
	البعدي	٢٥,٧٠	٤,٣٠	التساوي	–							

مكونات المقياس	القياس	المتوسط	الانحراف المعياري	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة W	قيمة Z	الدلالة الإحصائية	معامل الارتباط الثنائي (rprb)	حجم التأثير
المساواة في مقابل التفرقة	القبلي	١٨,٨٠	٢,٩٠	السالبة	–	٠,٠٠	٠,٠٠					
				الموجبة	١٠	٥,٥٠	٥٥,٠٠	صفر	-٢,٨١٠	٠,٠٠٥**	١,٠٠	كبير جدًا
	البعدي	٢٧,٢٠	٣,٩٧	التساوي	–							
الحنان في مقابل القسوة	القبلي	١٩,٥٠	٢,٧٢	السالبة	–	٠,٠٠	٠,٠٠					
				الموجبة	١٠	٥,٥٠	٥٥,٠٠	صفر	-٢,٨١٤	٠,٠٠٥**	١,٠٠	كبير جدًا
	البعدي	٢٨,٦٠	٤,١٧	التساوي	–							
الاعتدال في مقابل التدليل	القبلي	١٧,٧٠	٢,٤١	السالبة	–	٠,٠٠	٠,٠٠					
				الموجبة	٩	٥,٠٠	٤٥,٠٠	صفر	-٢,٦٧٧	٠,٠٠٧**	٠,٦٣٦	متوسط
	البعدي	٢٣,١٠	٢,٨٩	التساوي	١							
الدرجة الكلية للمقياس	القبلي	٧٤,٢٠	٦,١٨	السالبة	–	٠,٠٠	٠,٠٠					
				الموجبة	١٠	٥,٥٠	٥٥,٠٠	صفر	-٢,٨١٢	٠,٠٠٥**	١,٠٠	كبير جدًا
	البعدي	١٠٤,٦٠	١٠,٢٦	التساوي	–							

*** دالة عند مستوى ٠,٠٥** **** دالة عند مستوى ٠,٠١**

اتضح من جدول (٢٤) وجود فروق دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة ٠,٠١ بين متوسطات رتب درجات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا على مكونات مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة (التقبل في مقابل الرفض- المساواة في مقابل التفرقة- الحنان في مقابل القسوة- الاعتدال في مقابل التدليل) ودرجته الكلية في القياسين القبلي والبعدي، وبالنظر إلى متوسطات درجات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا في القياسين القبلي والبعدي اتضح أن متوسطات درجات القياس البعدي أعلى منها في القياس القبلي في كل مكونات مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة وكذلك في الدرجة الكلية، وهذا يدل على أن تلك الفروق في اتجاه القياس البعدي، وهذه النتائج تحقق الفرض الثالث.

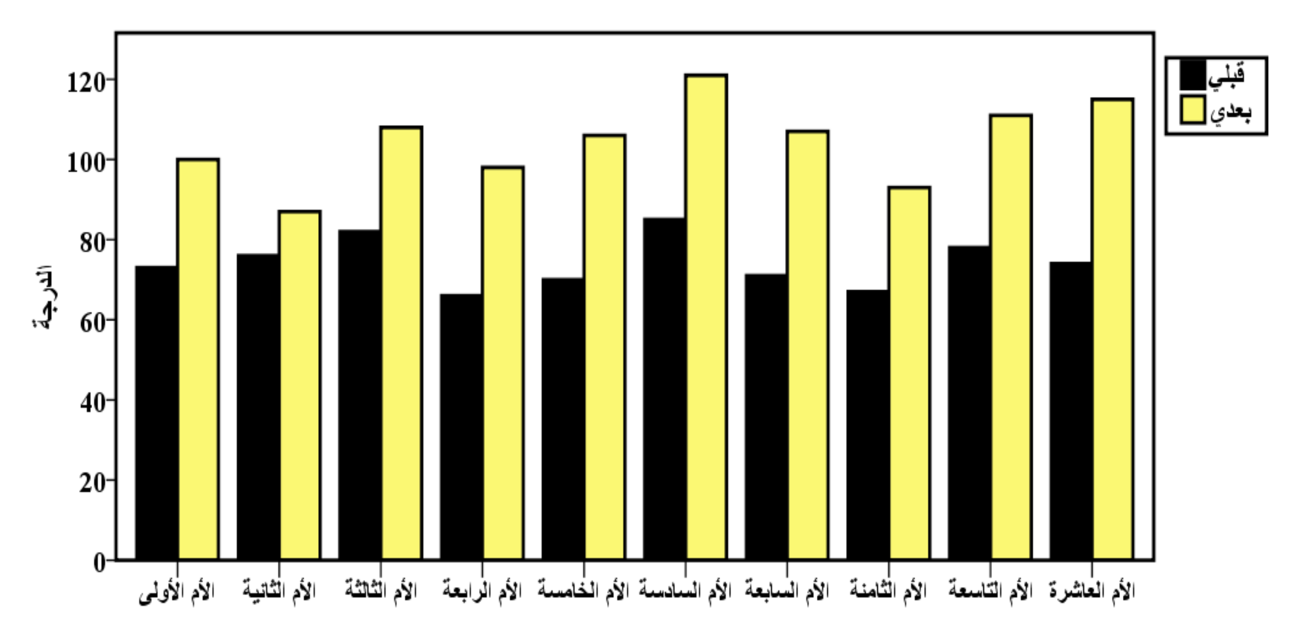
كما أن حجم تأثير المتغير المستقل (البرنامج) على مكونات مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة (التقبل في مقابل الرفض- المساواة في مقابل التفرقة- الحنان في مقابل القسوة) ودرجته الكلية "كبير جدًا"، بينما حجم تأثير البرنامج على مُكون (الاعتدال في مقابل التدليل) "متوسط"؛ مما يشير إلى فعالية البرنامج الإرشادي في تعديل اتجاهات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة، ويوضح شكل (٢) تلك النتائج:



شكل (٢) متوسطات درجات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا على مكونات مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة في القياسين القبلي والبعدي

اتضح من شكل (٢) أن كل متوسطات درجات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا على مكونات مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة في القياس البعدي أعلى من مثيلتها في القياس القبلي؛ مما يدل على أثر الخبرات التي اكتسبتها الأمهات خلال البرنامج الإرشادي في تعديل اتجاهاتهن نحو إعاقة أطفالهن.

كما يوضح شكل (٣) الدرجة الكلية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا على مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة في القياسين القبلي والبعدي:



شكل (٣) الدرجات الكلية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا على مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة في القياسين القبلي والبعدي

اتضح من شكل (٣) تحسن الاتجاهات السلبية لكل أُم من أمهات الأطفال المعاقين عقليًا العشرة أعضاء المجموعة التجريبية في القياس البعدي.

مناقشة وتفسير نتائج الفرض الثالث:

توصلت نتائج الفرض الثالث إلى وجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات درجات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا على مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة في القياسين القبلي والبعدي، وكانت تلك الفروق في اتجاه القياس البعدي؛ مما تشير هذه النتائج إلى فعالية البرنامج الإرشادي في تعديل اتجاهات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو إعاقة أطفالهن.

وتتفق تلك النتيجة مع نتائج دراسة كل من: إبراهيم أمين القريوتي (٢٠١١)، أحمد مد الله الطراونة (٢٠٠٨)، أميرة صبري جاد (٢٠٢٠)، إيمان فؤاد كاشف (١٩٨٩)، بطرس حافظ بطرس (٢٠٠٦)، جمال مختار حمزة (١٩٩٢)، خالد رمضان سليمان (٢٠١٧)، سي بشير كريمة، وساسي كريمة (٢٠١٧)، مروة لطفي الشربيني (٢٠٠٩)، منى محمد أبو شعيب، وأسامة محمد البطاينة (٢٠١١)، ميرفت رجب صابر (٢٠٠٠)، وحيد مصطفى كامل (٢٠٠٥)، Hunt et al. (2004) والتي أشارت جميعها إلى فعالية الإرشاد الأسري في تعديل الاتجاهات السلبية نحو الطفل ذوي الإعاقة العقلية، وتعديل أساليب المعاملة غير السوية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقليًا.

ويرجع الباحث تعديل اتجاهات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو إعاقة أطفالهن في القياس البعدي إلى تواجد الأمهات مع بعضهن في جلسات إرشادية جماعية؛ مما أثر في تغيير سلوكهن وعلاقاتهن إلى الأفضل، حيث أتاح البرنامج لهن تبادل المشاعر والمشورة والخبرة، وهيأ لهن فرصة الحوار ومناقشة المشكلات المشتركة للأمهات والتنفيس الانفعالي، وتكوين علاقات قوية مع بعضهن البعض بحيث تدعم كل منهن الأخرى وتؤازرها بتشجيع من الباحث (المساندة النفسية) مما ساعدهن على التعايش مع إعاقة أبنائهن.

ثم كان لمعرفة الأمهات لماهية الإعاقة العقلية وتصنيفاتها وأسباب حدوثها وخصائص الأطفال ذوي الإعاقة العقلية، إلى جانب التخفيف من مشاعر الإحباط أثر في

تصحيح أفكارهن الخاطئة عن ظروفهن السيئة وحظهن العاثر لوجود ابن معاق بأسرهن، حيث تؤدي هذه الجلسات إلى تقبل الأسرة للطفل المعاق، كما ساعدهن الباحث على إعادة تقييم المشكلة تقييمًا واقعيًا مما ساعدهن على فهم أبنائهن كما هم والتعامل مع الواقع، مما أتاح للأمهات وعيًا جديدًا بدوافعهن وسلوكياتهن نحو أبنائهن (الاستبصار)، وكل ذلك أدى إلى نمو دافعية الأمهات نحو المشاركة الفعالة في البرنامج من أجل الاستفادة منه. وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة فوزية عبد الله الجلامدة (٢٠٠٧) والتي أشارت إلى أن تعريف الأمهات بأسباب الإعاقة تزيد من تقبلهن للطفل.

كما يرجع تغيير اتجاهات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو إعاقة أطفالهن في القياس البعدي إلى الجلسة التي شاركت فيها بعض أمهات الأطفال المعاقين عقليًا الحاصلات على درجات مرتفعة على مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة، حيث اكتسبت مجموعة الدراسة التجريبية أساليب وسلوكيات سوية جديدة من خلال عرض خبرات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا ممن لديهن خبرات إيجابية سابقة، ولديهن اتجاهات إيجابية نحو إعاقة أبنائهن.

كما وضح الباحث -خلال الجلسة التي شارك فيها الآباء- أن الأسرة كلها بما فيها من أخوة الطفل ذوي الإعاقة لهم دور مهم في التعامل مع الابن المعاق، وتقديم الدعم له، وأن توزيع الأدوار يخف من حدة الضغط النفسي التي تتعرض لها الأم خصوصًا في هذه المرحلة، وأن الأخصائيين لا يستطيعوا تقديم المساعدة للطفل المعاق إلا بمساعدة الأسرة لهم، حيث إن نقل أثر التدريب خارج البيئة التدريبية للطفل في المركز تعتمد بصورة كبيرة على الأسرة.

ويتفق ذلك مع ما توصلت إليه نتائج دراسة كل من إبراهيم عبد الله العثمان، وإيهاب عبد العزيز الببلاوي (٢٠١٢)، عبير يوسف الصفران (٢٠١١)، وائل ماهر غنيم (٢٠١٥) التي أشارت إلى أن الدعم الاجتماعي الذي تحصل عليه أمهات المعاقين يخفف من حدة الضغوط التي تمر بها. ودراسة Soresi et al. (2017) التي أشارت نتائجها إلى أن أولياء أمور ذوي الإعاقة العقلية بحاجة إلى الدعم العاطفي من قبل أولياء أمور آخرين، ودعم

الأقارب لأسرة الطفل ذوي الإعاقة العقلية، وأن هذا الدعم له تأثير معنوي قوي، وأن أولياء الأمور بحاجة إلى التواصل مع الأخصائيين، وتحسين تبادل المعلومات المتوفرة عن البرنامج والخدمات المقدمة لهم والخطط المستقبلية، وأهمية الدورات التثقيفية لزيادة وعي الأسرة تجاه إعاقة ابنها، ولتحسين جودة الحياة الأسرية.

وترجع فعالية البرنامج الإرشادي إلى أن الأمهات كانت في بداية الجلسات لديهن توجهات سلبية تجاه ذاتهن، وتجاه تقبل المجتمع للابن، وعن الخدمات الإرشادية والتربوية والمهنية التي يوفرها المجتمع، وتفضيل العزلة عن التفاعل بإيجابية مع المحيطين بهن، مما يدفعهن للقلق على مستقبل الابن؛ مما دفع الباحث تزويد أمهات الأطفال المعاقين عقليًا ببعض المواقع التي تهتم بالأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، وتقدم الدعم لهم ولأسرهم. كما ساعدت الجلسة على زيادة وعي أمهات الأطفال المعاقين عقليًا ومعرفتهن بالخدمات التي توفرها الدولة لذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم، ومنها إصدار قانون حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة رقم ١٠ لعام ٢٠١٨م.

كما يرجع الباحث تلك النتيجة إلى أهمية البرامج الإرشادية التي تقدم لأسرة الطفل ذوي الإعاقة العقلية، وتعد هذه البرامج وسيطًا نشطًا بين الأسرة والطفل، وتعد شكل من أشكال الدعم الأسري بهدف مساعدتها على تقبل الابن وفهم حالته ومشكلاته.

ويذكر علاء الدين كفافي (٢٠١٢) أن الخدمات الإرشادية تعد من أهم الخدمات التي تقدمها التربية الخاصة للأسر، حيث تزداد الاحتياجات الإرشادية للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم، حيث تسهم الخدمات الإرشادية في تعديل اتجاهات أفراد الأسرة وخاصة الوالدين بما يحقق للطفل التوافق النفسي والاجتماعي.

وراعى الباحث أثناء إعداد البرنامج الإرشادي حاجات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا، كما أن بساطة جلسات البرنامج وتكاملها وانسجامها مع بعضها وتنوعها؛ جعل منها مادة جذابة للأمهات، حيث ركز البرنامج على أنشطة متنوعة جذابة ومرغوبة من جانب الأمهات؛ وبالتالي زادت دافعيتهن لتنفيذ تلك الأنشطة في ظل وجود معززات وخطوات متتابعة من السهل إلى الصعب.

ويرجع تعديل اتجاهات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو إعاقة أطفالهن إلى فنيات البرنامج المتعددة، حيث استخدم الباحث فنية الدحض في تفنيد الأفكار غير العقلانية وفنية التغذية الراجعة في تقويم سلوك الأمهات المرغوب فيه وغير المرغوب، وذلك عن طريق كف للسلوك غير المرغوب فيه، ودعمًا للسلوك الإيجابي المرغوب فيه.

كما استخدم الباحث فنية إعادة البناء المعرفي والتي ساعدت أمهات الأطفال المعاقين عقليًا على التخلص من الأفكار والمعتقدات السلبية السائدة، والتخلص من بعض السلوكيات والأفعال المرتبطة بمشاعر الوصمة مثل الفكرة الخاطئة بتفضيل البُعد عن الآخرين واستبدالها بأفكار أكثر عقلانية منطقية مما كان له أثر واضح في التغلب على الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة العقلية، والتخفيف من مشاعر الذنب. ويتفق ذلك مع ما توصلت إليه دراسة أميرة صبري جاد (٢٠٢٠) التي أشارت إلى فعالية الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي في الحد من إساءة الأمهات لأطفالهن المعاقين عقليًا مما أدى إلى تحسين الأمن النفسي للأطفال المعاقين عقليًا. وأشارت دراسة وحيد مصطفى كامل (٢٠٠٥) إلى فعالية برنامج إرشادي قائم على استخدام بعض فنيات الإرشاد العقلاني في تحسين التوافق النفسي لدى الأمهات المسيئات لأطفالهن المعاقين عقليًا، وخفض الإساءة لأطفالهن. كما توصلت دراسة Milanich (2014) إلى فعالية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في السيطرة على المشاعر السلبية لأم طفل ذوي إعاقة ذهنية.

كما أن استخدام فنية المناقشة الجماعية في هذا البرنامج أدت إلى تغيير بعض المفاهيم غير الصحيحة الموجودة لدى أعضاء مجموعة الدراسة التجريبية، وفي إكسابهن المفاهيم الصحيحة، وهذا ما أشار إليه وحيد مصطفى كامل (٢٠٠٥، ٥٨٣) إن المناقشة الجماعية تعمل على النقد المستمر للأفكار الخاطئة مع الإقناع مما يساعد الفرد في اكتشاف الخطأ في الأفكار السابقة، كما تمكنه من تعلم طرق جديدة لحل مشكلاته، واكتشاف طرق بديلة في تحقيق أهدافه، وهذا بدوره يؤدي إلى مساعدة الفرد في تعديل سلوكه الاجتماعي والنفسي.

وساعدت فنية الاسترخاء العضلي في خفض مشاعر التوتر والقلق والضغوط لدى أمهات الأطفال المعاقين عقليًا ومساعدتهن في مواجهة الضغوط بفاعلية، حيث ساعد الاسترخاء على التقليل من بعض المشكلات الجسمية كالصداع والأرق، كما أنه قلل من التوتر العضلي.

وأدت فنية الحوار الذاتي عظيم الأثر في مساعدة الأمهات على تعديل سلوكهن بطريقة داخلية عن طريق الحوار للذات، ومساعدتهن على اكتشاف مكامن القوة داخلهن وكيفية توجيهها بصورة إيجابية مما ساعد على زيادة ثقة الأمهات في أنفسهن وتقبلهن لذواتهن.

كما يفسر الباحث هذه النتائج في ضوء الأثر الإيجابي للإرشاد النفسي الديني الذي ساعد الأمهات على استشعار المفاهيم الدينية والأخلاقية التي تنبذ الممارسات السلبية، وتدعو للرفق، والتسامح، والمحبة، والمساواة بين الأطفال، والرضا بالقضاء والقدر، والصبر. وتتفق تلك النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة خالد رمضان سليمان (٢٠١٧) التي أشارت إلى فعالية البرنامج الإرشادي المستخدم والذي استخدم بعض فنيات الإرشاد النفسي الديني في التغلب على ردود الفعل السلبية تجاه ولادة طفل ذوي إعاقة عقلية.

كما أسهمت فنية النمذجة في إحداث تغيرات إيجابية في اتجاهات الأمهات نحو الإعاقة، حيث عرض الباحث بعض النماذج لأفراد ذوي إعاقة عقلية استطاعوا التغلب على الإعاقة وحققوا العديد من النجاحات في مجالات مختلفة، مما دفع أفراد المجموعة التجريبية إلى التخطيط للمستقبل والسعي نحو التفوق وتعديل النظرة التشاؤمية للحياة، ونتيجة لهذا تولد لدى الأمهات الرغبة في تنمية قدرات أبنائهن.

أما الواجبات المنزلية فأسهمت في فتح فرص جديدة للتفاعل وإيجاد حلول للمشكلات التي تعاني منها الأمهات، حيث تم تكليف أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نهاية كل جلسة بالقيام ببعض المهام في المنزل، ومناقشة تلك الواجبات في بداية كل جلسة إرشادية، حيث تعطي الواجبات المنزلية للأمهات لتمكنهن من تعميم التغيرات الإيجابية التي أنجزوها في الجلسات إلى المواقف الحية؛ مما ساعدهن على تقبل أطفالهن، وقد تابع الباحث مدى إنجاز أفراد مجموعة الدراسة للواجبات المنزلية بداية كل جلسة إرشادية.

كما استخدم الباحث ضمن البرنامج الإرشادي فنيات العلاج بالمعنى ومنها (الحوار السقراطي، تعديل الاتجاهات، والتحليل بالمعنى)، حيث يركز العلاج بالمعنى على تنمية إحساس الفرد بالتفاؤل، وإمكانية تحويل الجوانب السلبية لإنجازات إيجابية. ويشير Frankl (2008, 30) أن العلاج بالمعنى يهدف إلى مساعدة الشخص على أن يجد معنى في حياته وتحقيق إمكانات المعنى Potential Meaning لوجوده وإثارة إرادة الحياة لديه فيصبح الشخص على وعي بما يدور في داخله. وأيد ذلك نتائج دراسة محمد رفيق الأحمد (٢٠١٧) والتي أشارت إلى فعالية العلاج بالمعنى في تنمية التمكين النفسي لدى أمهات الأطفال المعاقين عقليًا.

وراعى الباحث في إعداد البرنامج الإرشادي أن يشمل الجانب المعرفي من خلال تقديم معلومات عن الإعاقة العقلية، والجانب الوجداني من خلال تعديل الأفكار اللاعقلانية عند أمهات الأطفال المعاقين عقليًا تجاه إعاقة أبنائهن، بالإضافة للجانب المهاري من خلال تدريب أمهات الأطفال المعاقين عقليًا على العديد من الأنشطة بهدف التواصل مع أبنائهن، وتدريبهم على بعض المهارات الحياتية.

كما يرجع الباحث فعالية البرنامج الإرشادي في تعديل اتجاهات أمهات الأطفال المعاقين نحو الإعاقة إلى تدريب الأمهات على استخدام جداول الأنشطة المصورة حيث تركز على نقاط القوة –المثيرات البصرية – لدى الأطفال المعاقين ما تشتمل عليه من فنيات سلوكية متعددة ومتكاملة، كان لها أثر إيجابي على المهارات الحياتية للأطفال المعاقين؛ مما أدى إلى تعديل اتجاه الأمهات نحو إعاقة ابنها. وتتفق تلك النتيجة مع دراسة محمد سيد موسى وآخرون (٢٠٠٧) التي أشارت إلى فعالية إرشاد وتدريب أمهات الأطفال ذوي اضطراب الذاتوية على استخدام جداول النشاط المصورة في تنمية مهارات السلوك الاستقلالي للأطفال.

وفي هذا الصدد تشير دراسة أحمد علي بديوي (٢٠١٠) إلى فاعلية مشاركة الأمهات في برنامجين أحدهما تدريبي لأطفالهن المعاقين عقليًا القابلين للتعلم لتحسين توافقهم النفسي والآخر إرشادي للأمهات لمواجهة الضغوط النفسية.

وفي ضوء ما سبق؛ اتضح أن البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة الحالية له أثر إيجابي على تعديل اتجاهات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو إعاقة أطفالهن.

نتائج الفرض الرابع ومناقشتها وتفسيرها

ينص الفرض الرابع على أنه: "**تتحسن درجة جودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي** ".

للتحقق من الفرض الرابع استخدم الباحث اختبار ويلكوكسون Wilcoxon (W) كأسلوب إحصائي لا بارامتري للمقارنة بين عينتين مرتبطتين، وذلك بهدف اختبار دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا على مقياس جودة الحياة الأسرية ومكوناته في القياسين القبلي والبعدي، ويوضح جدول (٢٥) تلك النتائج:

جدول (٢٥)

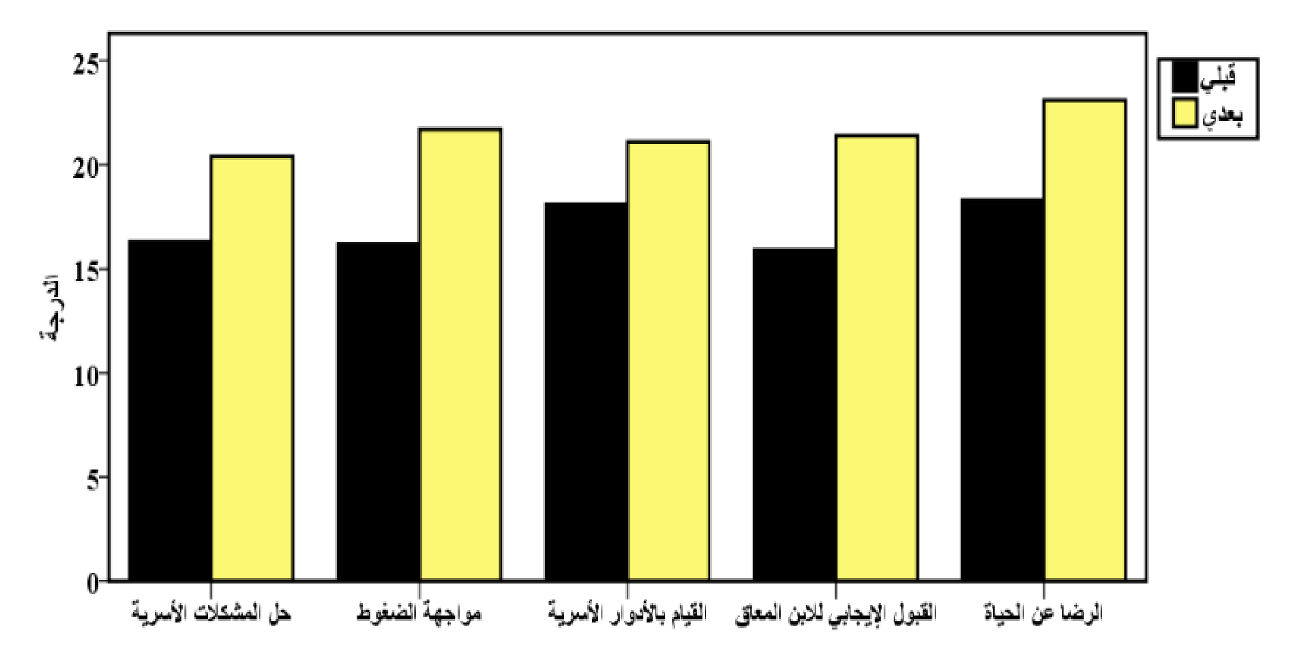
نتائج اختبار ويلكوكسون وقيمة Z ودلالتها الإحصائية للفروق بين متوسطات رتب درجات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا في القياسين القبلي والبعدي على مقياس جودة الحياة الأسرية ومكوناته

مكونات المقياس	القياس	المتوسط	الانحراف المعياري	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة W	قيمة Z	مستوى الدلالة	معامل الارتباط الثنائي (rprb)	حجم التأثير
حل المشكلات الأسرية	القبلي	١٦,٣٠	١,٨٩	السالبة	١	١,٠٠	١,٠٠	١,٠٠	-٢,٥٥٨	٠,٠١١*	٠,٦	متوسط
				الموجبة	٨	٥,٥٠	٤٤,٠					
	البعدي	٢٠,٤٠	٢,٨٨	التساوي	١							
مواجهة الضغوط	القبلي	١٦,٢٠	٢,١٥	السالبة	-	٠,٠٠	٠,٠٠	صفر	-٢,٨٤٢	٠,٠٠٤**	١,٠٠	كبير جدًا
				الموجبة	١٠	٥,٥٠	٥٥,٠					
	البعدي	٢١,٧٠	٢,٣١	التساوي	-							
القيام بالأدوار الأسرية	القبلي	١٨,١٠	٢,٥١	السالبة	٢	١,٥٠	٣,٠٠	٣,٠٠	-١,٨٧٦	٠,٠٦١ غير دالة	٠,٠٩	صغير
				الموجبة	٥	٥,٠٠	٢٥,٠					
	البعدي	٢١,١٠	٢,٧٣	التساوي	٣							
القبول الإيجابي للابن المعاق	القبلي	١٥,٩٠	١,٤٥	السالبة	-	٠,٠٠	٠,٠٠	صفر	-٢,٨٤٨	٠,٠٠٤**	١,٠٠	كبير جدًا
				الموجبة	١٠	٥,٥٠	٥٥,٠					
	البعدي	٢١,٤٠	١,٥٨	التساوي	-							
الرضا عن الحياة	القبلي	١٨,٣٠	٢,٣١	السالبة	-	٠,٠٠	٠,٠٠	صفر	-٢,٨٠٧	٠,٠٠٥**	١,٠٠	كبير جدًا
				الموجبة	١٠	٥,٥٠	٥٥,٠					
	البعدي	٢٣,١٠	٣,١١	التساوي	-							
الدرجة الكلية لجودة الحياة الأسرية	القبلي	٨٤,٨٠	٤,٠٥	السالبة	-	٠,٠٠	٠,٠٠	صفر	-٢,٨٠٥	٠,٠٠٥**	١,٠٠	كبير جدًا
				الموجبة	١٠	٥,٥٠	٥٥,٠					
	البعدي	١٠٧,٧٠	٧,٢٧	التساوي	-							

* دالة عند مستوى ٠,٠٥   ** دالة عند مستوى ٠,٠١

اتضح من جدول (٢٥) وجود فروق دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة ٠,٠١ بين متوسطات رتب درجات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا على مكونات مقياس جودة الحياة الأسرية (مواجهة الضغوط- القبول الإيجابي للابن المعاق- الرضا عن الحياة) والدرجة الكلية للمقياس، ووجود فروق دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة ٠,٠٥ بين متوسطات رتب درجات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا على مكون حل المشكلات الأسرية في القياسين القبلي والبعدي، وبالنظر إلى متوسطات درجات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا في القياسين القبلي والبعدي اتضح أن متوسطات درجات القياس البعدي أعلى منها في القياس القبلي في كل مكونات مقياس جودة الحياة الأسرية وكذلك في الدرجة الكلية، وهذا يدل على أن تلك الفروق في اتجاه القياس البعدي، بينما لا توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطيّ رتب درجات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا على مكون القيام بالأدوار الأسرية، وهذه النتائج تحقق الفرض الرابع جزئيًا.

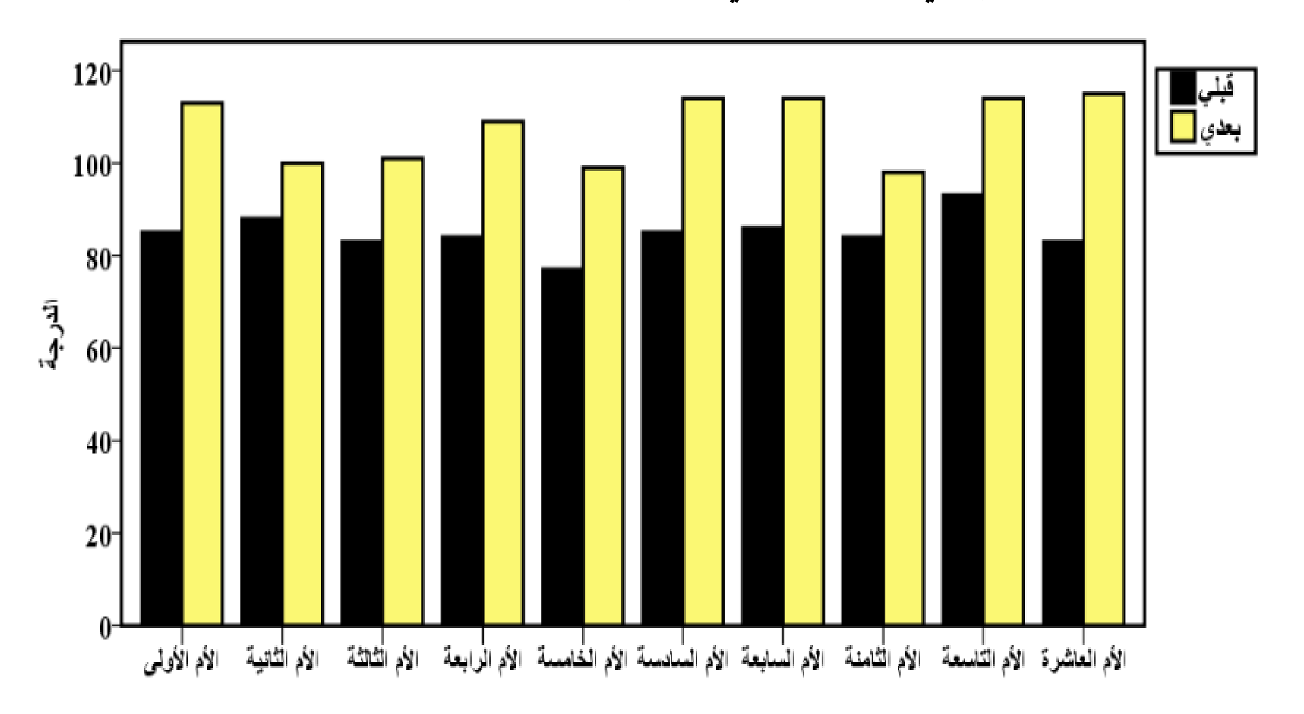
كما أن تأثير البرنامج على الدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة الأسرية ومكوناته (مواجهة الضغوط- القبول الإيجابي للابن المعاق- الرضا عن الحياة) "كبير جدًا"، كما أن تأثير البرنامج على مكون حل المشكلات الأسرية "متوسط"، بينما كان تأثير البرنامج الإرشادي على مكون القيام بالأدوار الأسرية "صغير". ويوضح شكل (٤) تلك النتائج:



شكل (٤) متوسطات درجات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا على مكونات مقياس جودة الحياة الأسرية في القياسين القبلي والبعدي

اتضح من شكل (٤) أن كل متوسطات درجات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا على مكونات مقياس جودة الحياة الأسرية في القياس البعدي أعلى من مثيلتها في القياس القبلي؛ مما يدل على أثر الخبرات التي اكتسبتها الأمهات خلال البرنامج الإرشادي على الشعور بجودة الحياة الأسرية لديهن.

كما يوضح شكل (٥) الدرجة الكلية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا على مقياس جودة الحياة الأسرية في القياسين القبلي والبعدي:



شكل (٥) الدرجات الكلية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا
على مقياس جودة الحياة الأسرية في القياسين القبلي والبعدي

اتضح من شكل (٥) تحسين الشعور بجودة الحياة الأسرية لكل أُم من أمهات الأطفال المعاقين عقليًا العشرة أعضاء المجموعة التجريبية في القياس البعدي.

مناقشة وتفسير نتائج الفرض الرابع:

توصلت نتائج الفرض الرابع إلى وجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات درجات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا على مقياس جودة الحياة الأسرية في القياسين القبلي والبعدي، وكانت تلك الفروق في اتجاه القياس البعدي، وتشير هذه النتائج إلى فعالية البرنامج الإرشادي في تحسين الشعور بجودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية.

ويفسر الباحث تلك النتائج بأن الأثار السلبية الناتجة عن الإعاقة العقلية تشكل عبئًا ثقيلاً على كاهل الأسرة وخاصة الأم، ولذلك قدَّم برنامج الدراسة لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا معلومات حول طبيعة هذه الإعاقة، وخصائص الأطفال المعاقين عقليًا، وكيفية إشباع حاجات أبنائهن، وهيأ لهن فرصة الحوار ومناقشة المشكلات المشتركة للأمهات والتنفيس الانفعالي وتكوين علاقات قوية مع بعضهن البعض. وتتفق تلك النتائج مع ما توصلت إليه دراسة رانيا عبد الله دراز (٢٠١٤)، ودراسة رضوان عبد الرحمن أبو ركبة (٢٠١٦) التي أشارت إلى فعالية الإرشاد الأسري الديني في تحسين جودة حياة أسر المعاقين. ودراسة ريم عبد الفتاح إبراهيم (٢٠١٦) التي أشارت إلى فعالية البرنامج الإرشادي القائم على المساندة الوالدية في تحسين جودة الحياة للأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم. ودراسة هالة عطية شاهين (٢٠٢٠) التي أشارت إلى فعالية الإرشاد النفسي في تحسين جودة الحياة لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا.

ويرجع الباحث عدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطيّ رتب درجات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا في القياسين القبلي والبعدي على مكون القيام بالأدوار الأسرية إلى عدم مشاركة الوالدين في كل جلسات البرنامج الإرشادي حيث اقتصر مشاركة الآباء في بعض جلسات البرنامج الإرشادي؛ مما أدى إلى ضعف قدرة الأُم على أداء أدوارها المختلفة، وإشباع حاجات أفراد الأسرة المتنوعة بصفة عامة وابنها المعاق بصفة خاصة، وتوزيع الأدوار، والمشاركة في إتمام الواجبات الأسرية. حيث تشير نتائج دراسة محمد عبد المحسن التويجري (٢٠١١) إلى أهمية مشاركة الوالدين معًا في برامج الإرشاد الأسري.

ويرجع الباحث تحسن الشعور بجودة الحياة الأسرية لأمهات المعاقين عقليًا نتيجة للتعرف على خدمات البرامج الإرشادية والتدريبية المتاحة التي تقدم خدماتها للأسرة ولمن يعانون من الإعاقة العقلية، وأماكن تواجدها، وهذا بدوره خفف من حدة الضغوط التي تواجهها أمهات الأطفال المعاقين عقليًا، وزاد من اتجاهاتهن الإيجابية نحو إعاقة أبنائهن.

وتتفق تلك النتائج مع ما توصلت إليه نتائج دراسة أحمد عبد العزيز التميمي (٢٠١٣)، ودراسة محمود محمد إمام (٢٠٢٠) التي أشارتا إلى أن الدعم بأشكاله المختلفة الذي تحصل عليه أسر الأطفال ذوي الإعاقة العقلية يخفف من حدة الضغوط التي تعاني منها هذه الأسرة، مما يؤدي إلى شعور الأسرة بالرضا عن الحياة كأحد أبعاد مقياس جودة الحياة الأسرية. ودراسة رباب عبد الكريم بنداري وآخرون (٢٠١٥) التي أشارت إلى أن

أمهات الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم اللاتي يستخدمن أساليب مواجهة فعالة في مواجهة الضغوط الحياتية يشعرن بجودة حياة أسرية مرتفعة.

كما يمكن تفسير نتائج هذا الفرض إلى رغبة أمهات الأطفال المعاقين عقليًا المُلحة في مساعدة أبنائهن وتحسين الشعور بجودة الحياة الأسرية التي تنعكس إيجابًا على كافة أفراد الأسرة، مما يشير إلى فعالية البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة الحالية.

كما يرجع التحسن في الشعور بجودة الحياة الأسرية لدى مجموعة الدراسة التجريبية إلى فنيات البرنامج المتعددة، حيث استخدم الباحث فنيات الإرشاد الديني، وتناول البرنامج لبعض القيم الدينية المهمة كالإيمان بالقضاء والقدر والصبر لتنمية الوازع الديني لديهن، حيث تؤثر القيم الدينية المرتبطة بالرضا والإيمان بالقضاء والقدر بصورة أكثر إيجابية على تقبل الابن ذوي الإعاقة، واعتباره هبة من الله؛ ومن ثم تعديل النظرة التشاؤمية إلى نظرة أكثر إيجابية تجاه الحياة، وتخفيف مشاعر الذنب المرتبطة بوجود ابن ذوي إعاقة داخل الأسرة، مما يؤدي إلى شعورهن بجودة حياة مرتفعة، حيث أشارت دراسة رضوان عبد الرحمن أبو ركبة (٢٠١٦) إلى أهمية الإرشادي الديني في تحسين الشعور بجودة الحياة لدى أمهات المعاقين. كما أشارت دراسة Mousavi& Rasouli (2019) إلى فعالية الإرشاد الروحي في تخفيف القلق الاجتماعي ووصمة العار لدى أمهات الأطفال المعاقين. كما أوضحت دراسة Poston& Turnbull (2004) فعالية الروحانيات والإرشاد الديني في تحسين جودة الحياة لدى أسر ذوي الاحتياجات الخاصة.

واستخدم الباحث ضمن البرنامج التكاملي المدخل المعرفي والذي يهدف إلى إقناع الفرد أن معتقداته غير المنطقية وتوقعاته وأفكاره السلبية هي التي تحدث ردود الفعل الدالة على سوء التكيف، حيث يهدف إلى تعديل الجوانب المعرفية المشوهة، ويعمل على أن يحل محلها طرقًا أكثر ملائمة للتفكير، وذلك من أجل إحداث تغيرات معرفية وسلوكية وانفعالية لدى الفرد، وهو ما تحقق في البرنامج الإرشادي المستخدم، حيث تضمن البرنامج العديد من الطرق السلوكية والمعرفية التي استخدمها الباحث في تغيير هذه المعتقدات واستبدالها بمعتقدات أكثر عقلانية وأكثر فائدة، ومن بين هذه الفنيات فنية إعادة البناء المعرفي التي تعتمد أساسًا على نظرية إليس في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، والذي ينطلق من مسلمة مؤداها أن ردود الفعل الانفعالية السلبية لا تنتج من المواقف التي يتعرض لها الفرد في حد ذاتها، ولكن من معتقداته ونظرته وأفكاره اللاعقلانية.

ويتفق ذلك مع دراسة داليا نبيل حافظ (٢٠٠٧) التي أشارت إلى سيطرة الأفكار غير العقلانية على آباء وأمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية؛ مما يؤدي إلى معاناة الوالدين من مشاعر الذنب ولوم الذات وتبادل إلقاء الاتهامات بين الزوجين مما يهدد العلاقة الزوجية بينهما وانخفاض الشعور بجودة الحياة الأسرية، وبالتالي فإن تعديل هذه الأفكار غير العقلانية قد يؤدي إلى تحسين شعور الوالدين بجودة الحياة الأسرية. وفي هذا السياق أشارت دراسة رانيا عبد الله دراز (٢٠١٤) إلى فعالية الإرشاد العقلاني الانفعالي في تحسين جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين. كما توصلت دراسة سهير محمود أمين (٢٠٠٧) إلى فعالية الإرشاد الأسري في تحسين الأداء الوظيفي الوالدي لأسر الأطفال المعاقين عقليًا. كما أشارت دراسة Ede et al. (2020) إلى فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في الحد من الضغوط الأسرية لأسر الأطفال ذوي اضطراب طيف الذاتوية.

كما يرجع التحسن في الشعور بجودة الحياة الأسرية لدى مجموعة الدراسة إلى ما يتضمنه البرنامج من مهارات معرفية وسلوكية ومهارات المواجهة والتفاعل والتعاون الإيجابي الذي اتسم به مناخ المجموعة حيث تمكنت أمهات الأطفال المعاقين عقليًا من طرح ومناقشة المخاوف التي لديهن بشأن مستقبل الأسرة المجهول، وأتيح لهن عرض جميع ظروف حياتهن من علاقات مع أفراد الأسرة والأصدقاء، وأسهمت فنية الحوار والمناقشة في تقبل الأمهات للرأي والرأي الآخر، كما أسهمت المناقشة على التحليل المنطقي للأفكار اللاعقلانية المرتبطة بحالة الابن، وتقبل أبنائهن؛ وهذا يعد من أهم العوامل التي أسهمت في حدوث النتائج الإيجابية للبرنامج الإرشادي. ويتفق ذلك مع دراسة أماني سعيد عبد المقصود (٢٠١٦) التي أشارت إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين التوافق الزواجي لأمهات الأطفال المعاقين ذهنيًا. ودراسة مريم نزال العنزي (٢٠١٩) التي أشارت إلى فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لزيادة مهارات التعايش بواقعية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقليًا. ودراسة كل من Rahbar et al. (2016) ; Nazer et al. (2016) التي أشارتا إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين العلاقة بين الوالدين وبين الطفل ذوي الإعاقة العقلية بالإضافة إلى تحسين الرفاهية النفسية لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية. ودراسة Osborn et al. (2018) التي أشارت إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي المتكامل في تخفيف الضغوط لآباء الأطفال ذوي الإعاقة العقلية.

ويفسر الباحث النتائج الحالية فيما يتعلق بفعالية البرنامج الإرشادي المستخدم في تحسين جودة الحياة الأسرية في ضوء الجوانب التي اهتم بها البرنامج، حيث تدربت أمهات الأطفال المعاقين عقليًا على مهارة حل المشكلات، مما جعلهن أكثر قدرة في التعامل مع المشكلات التي تواجههن في حياتهن اليومية، كما يؤدي تعلم هذه المهارة إلى تحسن قدرتهن في التعامل مع المشكلات المستقبلية، وذلك بداية من معرفة المشكلة وحتى إيجاد الحل وتقييمه. ويبين أحمد عبد اللطيف أبو أسعد (٢٠٠٨) أن استخدام المسترشد لمهارة حل المشكلات يساعد في اتخاذ قرارات مهمة في حياته والإسهام في سيطرته على الظروف المحيطة به، كما أن الفرد الذي لديه الثقة في قدرته على تناول المشكلات الشخصية، ويستطيع تنظيم ردود أفعاله السلوكية والانفعالية أثناء حل المشكلات يكون قادرًا على تناول مشكلات صغرى بسرعة، ويستطيع الإبقاء على حالة انفعالية متزنة تزيد من قدرته على حل المشكلات الكبرى. ويتفق ذلك مع نتائج دراسة بسمة عيد الشريف (٢٠١١) التي تشير إلى فعالية التدريب على مهارة حل المشكلات في خفض التوتر وتحسين التكيف لأمهات المعاقين.

وفي ضوء ما سبق؛ اتضح أن البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة الحالية له أثر إيجابي على الشعور بجودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا. ومن خلال البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة الحالية فإن جلسات البرنامج كان من أهدافها الرئيسية تعديل اتجاهات الأمهات نحو إعاقة أبنائهن، والذي انعكس بدوره على تحسين الشعور بجودة الحياة الأسرية لديهن.

ومن استقراء الدراسات والبحوث السابقة تبين وجود علاقة ارتباطية موجبة بين اتجاهات الأسرة الإيجابية نحو الطفل ذوي الإعاقة والشعور جودة الحياة الأسرية، وهو ما وضحه الباحث في نتائج الفرضين الأول والثاني؛ وهذا ما يدعم سعى الباحث في هذا الصدد أن تعديل الاتجاهات السلبية لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة نحو الإعاقة يؤدي بدوره إلى شعورهن بجودة الحياة الأسرية والذي يجعلهن أكثر قدرة على حل مشكلاتهن الأسرية، ومواجهة الضغوط بفعالية، وشعورهن بالرضا عن الحياة، والقبول الإيجابي للابن المعاق.

نتائج الفرض الخامس ومناقشتها وتفسيرها

ينص الفرض الخامس على أنه: **"يستمر التحسن في اتجاهات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا أفراد المجموعة التجريبية نحو إعاقة أطفالهن لما بعد انتهاء البرنامج بشهرين في القياس التتبعي".**

للتحقق من هذا الفرض استخدم الباحث اختبار ويلكوكسون Wilcoxon (W) كأسلوب إحصائي لا بارامتري للمقارنة بين عينتين مرتبطتين، وذلك بهدف اختبار دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا على مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة ومكوناته في القياسين البعدي والتتبعي (بعد مرور شهرين من انتهاء البرنامج الإرشادي)، ويوضح جدول (٢٦) تلك النتائج:

جدول (٢٦)

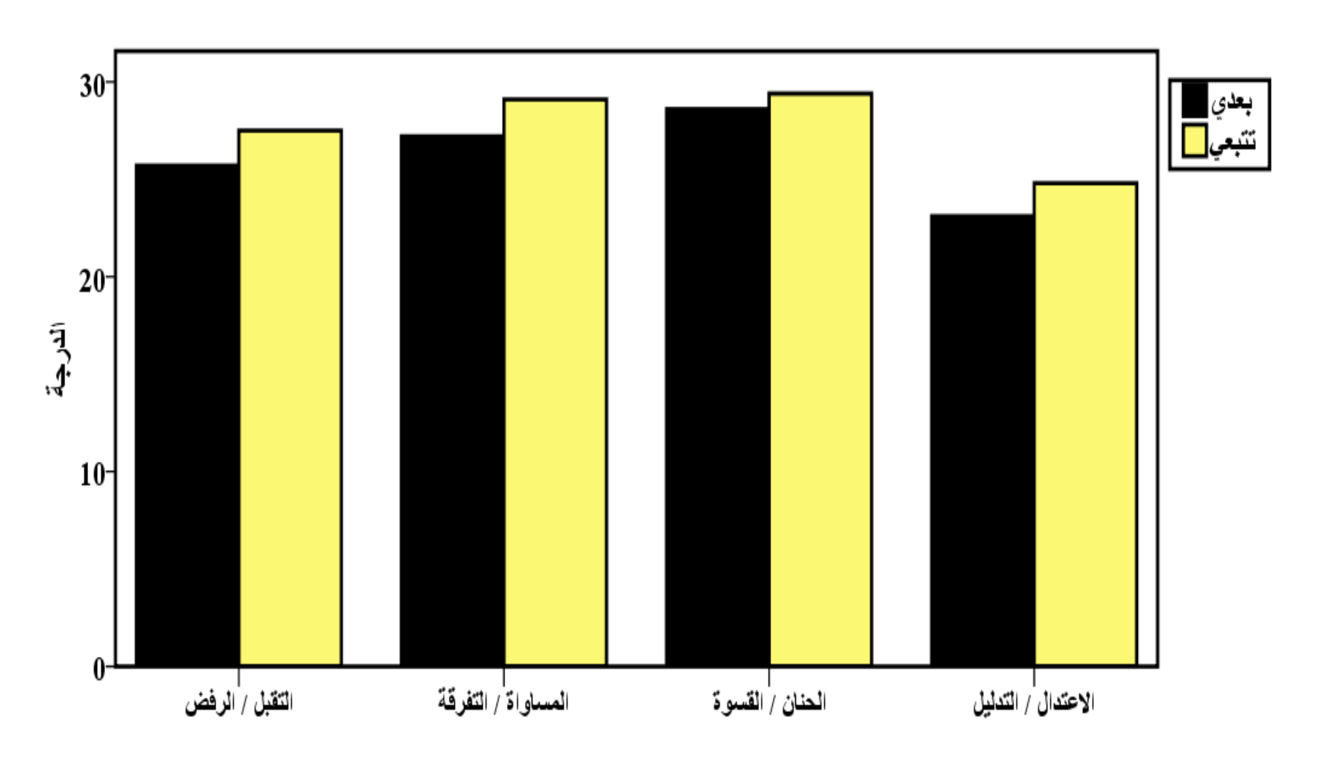
نتائج اختبار ويلكوكسون وقيمة Z ودلالتها الإحصائية للفروق بين متوسطات رتب درجات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة ومكوناته

مكونات المقياس	القياس	المتوسط	الانحراف المعياري	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة W	قيمة Z	مستوى الدلالة
التقبل في مقابل الرفض	البعدي	٢٥,٧٠	٤,٣٠	السالبة	٢	٢,٠٠	٤,٠٠			
				الموجبة	٧	٥,٨٦	٤١,٠٠	٤,٠٠	-٢,٢٠٧	٠,٠٢٧ *
	التتبعي	٢٧,٥٠	٣,٦٣	التساوي	١					
المساواة في مقابل التفرقة	البعدي	٢٧,٢٠	٣,٩٧	السالبة	٢	١,٧٥	٣,٥٠			
				الموجبة	٦	٥,٤٢	٣٢,٥٠	٣,٥٠	-٢,٠٣٨	٠,٠٤٢ *
	التتبعي	٢٩,١٠	٢,٢٣	التساوي	٢					
الحنان في مقابل القسوة	البعدي	٢٨,٦٠	٤,١٧	السالبة	٣	٣,٨٣	١١,٥٠			
				الموجبة	٥	٤,٩٠	٢٤,٥٠	١١,٥	-٠,٩١٦	٠,٣٦٠ غير دالة
	التتبعي	٢٩,٤٠	٣,٢٣	التساوي	٢					
الاعتدال في مقابل التدليل	البعدي	٢٣,١٠	٢,٨٩	السالبة	٢	٢,٠٠	٤,٠٠			
				الموجبة	٧	٥,٨٦	٤١,٠٠	٤,٠٠	-٢,٢٠٩	٠,٠٢٧ *
	التتبعي	٢٤,٨٠	٢,٤٤	التساوي	١					
الدرجة الكلية لاتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا	البعدي	١٠٤,٦٠	١٠,٢٦	السالبة	١	٢,٥٠	٢,٥٠			
				الموجبة	٩	٥,٨٣	٥٢,٥٠	٢,٥٠	-٢,٥٥٦	٠,٠١١ *
	التتبعي	١١٠,٨٠	٥,٣٣	التساوي	١					

* دالة عند مستوى ٠,٠٥   ** دالة عند مستوى ٠,٠١

اتضح من جدول (٢٦) عدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي رتب درجات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا في القياسين البعدي والتتبعي (بعد مرور شهرين من انتهاء

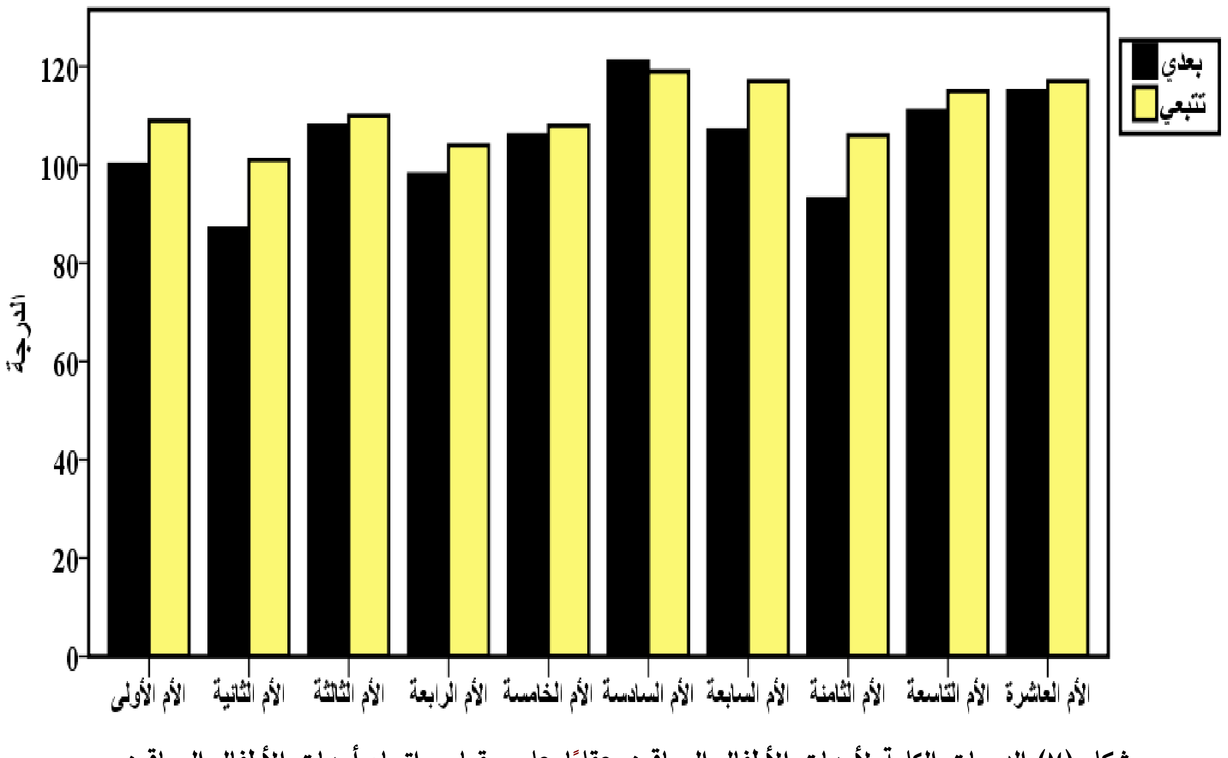
البرنامج) على مكون الحنان في مقابل القسوة، ووجود فروق دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة ٠,٠٥ بين متوسطات رتب درجات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا في الدرجة الكلية لمقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة ومكوناته (التقبل في مقابل الرفض- المساواة في مقابل التفرقة- الاعتدال في مقابل التدليل) في القياسين البعدي والتتبعي، وبالنظر إلى متوسطات درجات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا في القياسين البعدي والتتبعي اتضح أن متوسطات درجات القياس التتبعي أعلى منها في القياس البعدي، وهذا يدل على أن تلك الفروق في اتجاه القياس التتبعي، مما يشير إلى بقاء الأثر الإيجابي الذي أحدثه البرنامج الإرشادي، والذي تعرضت له أمهات الأطفال المعاقين عقليًا، وهذه النتائج تحقق الفرض الخامس جزئيًا، ويوضح شكل (٦) تلك النتائج:



شكل (٦) متوسطات درجات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا على مكونات مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة في القياسين البعدي والتتبعي

اتضح من شكل (٦) وجود فروق جوهرية دالة إحصائيًا بين متوسطات درجات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا على مكونات مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة في القياسين البعدي والتتبعي في اتجاه القياس التتبعي، مما يدل على بقاء أثر البرنامج الإرشادي لدى أمهات الأطفال المعاقين عقليًا، وبالتالي استمرار استخدام أمهات الأطفال المعاقين عقليًا لأساليب معاملة سوية مع أبنائهن ذوي الإعاقة.

كما يوضح شكل (٧) الدرجة الكلية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا على مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة في القياسين البعدي والتتبعي:



شكل (٧) الدرجات الكلية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا على مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة في القياسين البعدي والتتبعي

اتضح من شكل (٧) استمرار بقاء أثر البرنامج الإرشادي –بعد انتهائه بشهرين– في تعديل اتجاهات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة –أعضاء المجموعة التجريبية– فيما عدا الأم السادسة، حيث انخفضت درجتها قليلًا في القياس التتبعي مقارنة بالقياس البعدي.

مناقشة نتائج الفرض الخامس:

توصلت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات رتب درجات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا على مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة في القياسين البعدي والتتبعي في اتجاه القياس التتبعي.

وتتفق هذه النتائج مع ما توصلت إليه العديد من الدراسات، مثل دراسة: إبراهيم أمين القريوتي (٢٠١١)، أحمد مد الله الطراونة (٢٠٠٨)، أميرة صبري جاد (٢٠٢٠)، إيمان فؤاد كاشف (١٩٨٩)، بطرس حافظ بطرس (٢٠٠٦)، جمال مختار حمزة (١٩٩٢)، خالد رمضان سليمان (٢٠١٧)، سي بشير كريمة، وساسي كريمة (٢٠١٧)، مروة لطفي الشربيني

(٢٠٠٩)، منى محمد أبو شعيب، وأسامة محمد البطاينة (٢٠١١)، ميرفت رجب صابر (٢٠٠٠)، وحيد مصطفى كامل (٢٠٠٥)، Hunt et al. (2004) والتي أشارت جميعها إلى استمرار فعالية الإرشاد الأسري في تعديل الاتجاهات السلبية وتعديل أساليب المعاملة غير السوية نحو الطفل ذوي الإعاقة العقلية خلال فترة المتابعة.

ويمكن أن يعزى استمرار استخدام أمهات الأطفال المعاقين عقليًا لأساليب معاملة سوية مع أبنائهن المعاقين عقليًا إلى جلسات البرنامج الإرشادي التي كانت مُلبية لحاجاتهن، حيث إن حجم المعاناة والضغوط التي تعاني منها أمهات الأطفال المعاقين عقليًا بسبب وجود ابن ذوي إعاقة عقلية بالإضافة إلى افتقارهن للأساليب الصحيحة في التفاعل معه، ورغبتهن في التعلم؛ ساعد على ممارسة الأمهات لما تم تعلمه خلال الجلسات الإرشادية وتطبيقها في الحياة اليومية، فكانت ملبية لحاجاتهن وممارساتهن اليومية في جو آمن مما سمح لهن بالتفاعل الإيجابي مع بعضهن البعض.

كما استفادت أمهات الأطفال المعاقين عقليًا من النشرات التي بقيت بحوزتهن، ورجعت إليها وقت الحاجة. كما يعزى هذا الاستمرار في التحسن إلى الأساليب المستخدمة في تدريب الأمهات على كيفية التعامل مع الابن ذوي الإعاقة العقلية، وتطبيق ذلك في منازلهن، واستفسارهن عن بعض المشكلات التي تواجههن أثناء التعامل مع الابن.

كما أدت تمارين الاسترخاء دورًا مهمًا في تخلص الأمهات من الضغوط النفسية والتوتر والقلق.

نتائج الفرض السادس ومناقشتها وتفسيرها

ينص الفرض السادس على أنه: "**يستمر التحسن في درجة جودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا أفراد المجموعة التجريبية لما بعد انتهاء البرنامج بشهرين في القياس التتبعي**".

للتحقق من هذا الفرض استخدم الباحث اختبار ويلكوكسون Wilcoxon (W) كأسلوب إحصائي لا بارامتري للمقارنة بين عينتين مرتبطتين، وذلك بهدف اختبار دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا على مقياس جودة الحياة الأسرية ومكوناته في القياسين البعدي والتتبعي (بعد مرور شهرين من انتهاء البرنامج الإرشادي)، ويوضح جدول (٢٧) تلك النتائج:

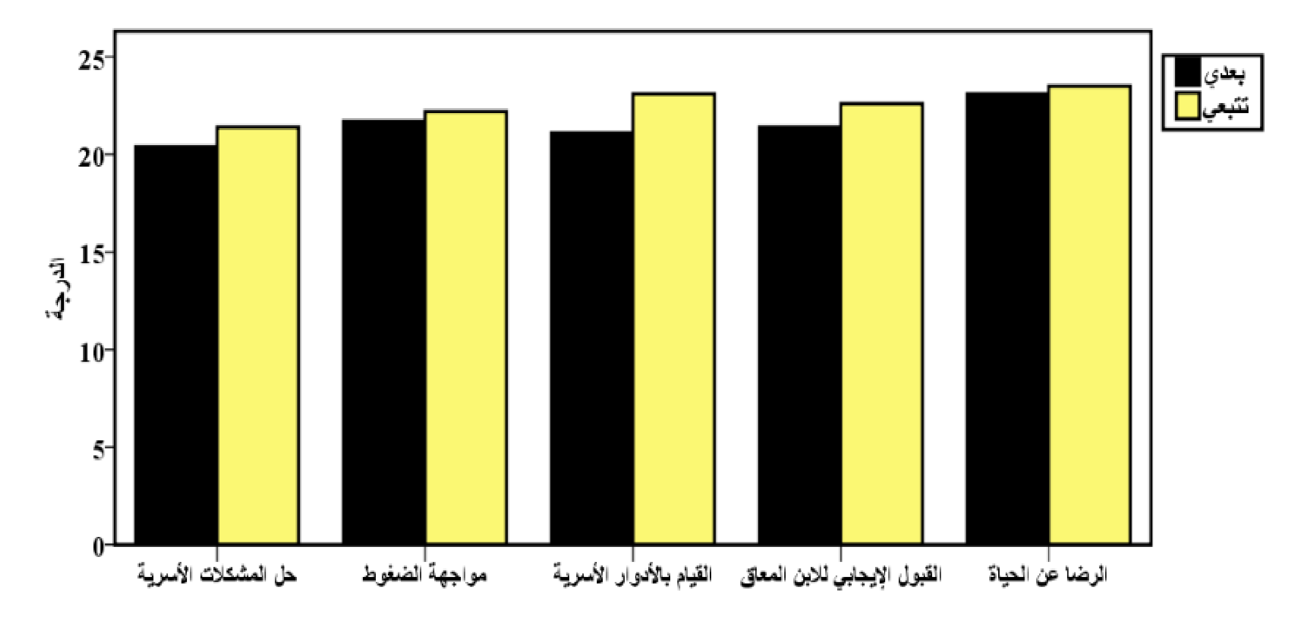
جدول (٢٧)

نتائج اختبار ويلكوكسون وقيمة Z ودلالتها الإحصائية للفروق بين متوسطات رتب درجات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس جودة الحياة الأسرية ومكوناته

مكونات المقياس	القياس	المتوسط	الانحراف المعياري	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة W	قيمة Z	مستوى الدلالة
حل المشكلات الأسرية	البعدي	٢٠,٤٠	٢,٨٨	السالبة	١	٤,٥٠	٤,٥٠	٤,٥٠	-١,٦٣٨	٠,١٠١ غير دالة
				الموجبة	٦	٣,٩٢	٢٣,٥			
	التتبعي	٢١,٤٠	١,٩٦	التساوي	٣					
مواجهة الضغوط	البعدي	٢١,٧٠	٢,٣١	السالبة	٤	٤,٠٠	١٦,٠٠	١٦,٠	-٠,٧٨٠	٠,٤٣٥ غير دالة
				الموجبة	٥	٥,٨٠	٢٩,٠٠			
	التتبعي	٢٢,٢٠	١,٨٧	التساوي	١					
القيام بالأدوار الأسرية	البعدي	٢١,١٠	٢,٧٣	السالبة	٢	١,٧٥	٣,٥٠	٣,٥٠	-٢,٠٣٨	٠,٠٤٢*
				الموجبة	٦	٥,٤٢	٣٢,٥٠			
	التتبعي	٢٣,١٠	٢,١٣	التساوي	٢					
القبول الإيجابي للابن المعاق	البعدي	٢١,٤٠	١,٥٨	السالبة	٢	٣,٢٥	٦,٥٠	٦,٥٠	-١,٩٣٣	٠,٥٣ غير دالة
				الموجبة	٧	٥,٥٠	٣٨,٥٠			
	التتبعي	٢٢,٦٠	٢,١٧	التساوي	١					
الرضا عن الحياة	البعدي	٢٣,١٠	٣,١١	السالبة	٤	٤,٧٥	١٩,٠٠	١٩,٠	-٠,٤٢٠	٠,٦٧٥ غير دالة
				الموجبة	٥	٥,٢٠	٢٦,٠٠			
	التتبعي	٢٣,٥٠	٢,٠١	التساوي	١					
الدرجة الكلية لجودة الحياة الأسرية	البعدي	١٠٧,٧٠	٧,٢٧	السالبة	١	٢,٠٠	٢,٠٠	٢,٠٠	-٢,٤٣٩	٠,٠١٥*
				الموجبة	٨	٥,٣٨	٤٣,٠٠			
	التتبعي	١١٢,٨٠	٥,٤٧	التساوي	١					

*** دالة عند مستوى ٠,٠٥   ** دالة عند مستوى ٠,٠١**

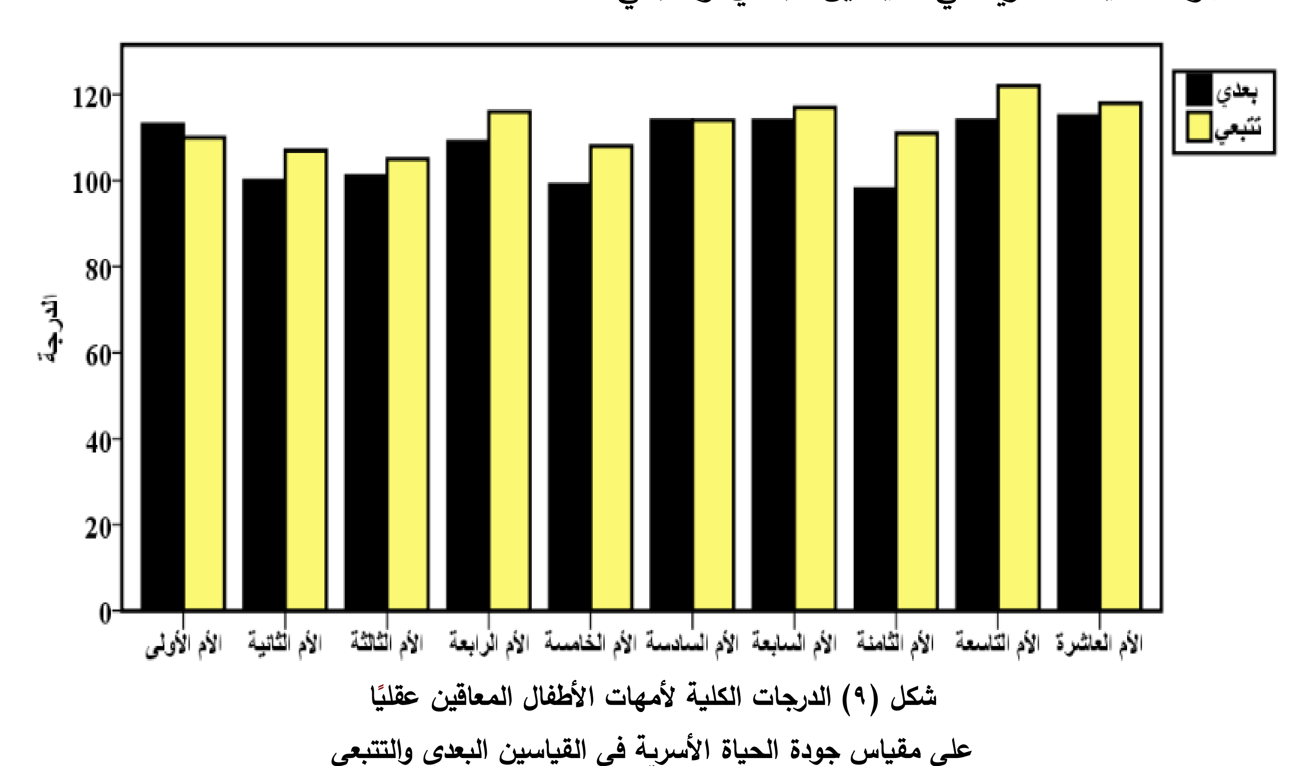
اتضح من جدول (٢٧) عدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات رتب درجات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا في القياسين البعدي والتتبعي (بعد مرور شهرين من انتهاء البرنامج) على مكونات مقياس جودة الحياة الأسرية (حل المشكلات الأسرية- مواجهة الضغوط- القبول الإيجابي للابن المعاق- الرضا عن الحياة)، ووجود فروق دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة ٠,٠٥ بين متوسطات رتب درجات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا في الدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة الأسرية ومكون القيام بالأدوار الأسرية في القياسين البعدي والتتبعي، وبالنظر إلى متوسطات درجات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا في القياسين البعدي والتتبعي؛ اتضح أن متوسطات درجات القياس التتبعي أعلى منها في القياس البعدي، وهذا يدل على أن تلك الفروق في اتجاه القياس التتبعي، ويشير ذلك إلى بقاء الأثر الإيجابي الذي أحدثه البرنامج الإرشادي، والذي تعرضت له أمهات الأطفال المعاقين عقليًا، وهذه النتائج تحقق الفرض السادس جزئيًا، ويوضح شكل (٨) تلك النتائج:



شكل (٨) متوسطات درجات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا
على مكونات مقياس جودة الحياة الأسرية في القياسين البعدي والتتبعي

اتضح من شكل (٨) وجود فروق جوهرية دالة إحصائيًا بين متوسطات درجات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا على مكونات مقياس جودة الحياة الأسرية في القياسين البعدي والتتبعي لصالح القياس التتبعي، مما يدل على بقاء أثر البرنامج الإرشادي لدى أمهات الأطفال المعاقين عقليًا، وبالتالي بقاء التحسن في الشعور بجودة الحياة الأسرية.

كما يوضح شكل (٩) الدرجة الكلية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا على مقياس جودة الحياة الأسرية في القياسين البعدي والتتبعي:



شكل (٩) الدرجات الكلية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا
على مقياس جودة الحياة الأسرية في القياسين البعدي والتتبعي

اتضـح مـن شـكل (٩) اسـتمرار تحسـن الشـعور بجـودة الحيـاة الأسـرية لكـل أُم مـن أمهـات الأطفـال المعـاقين عقليًـا العشـرة أعضـاء المجموعـة التجريبيـة بعـد انتهـاء البرنـامج الإرشـادي بشـهرين فيمـا عـدا الأم الأولـى فلـم تحـافظ علـى مـا حققتـه مـن تقـدم فـي القيـاس البعدي.

مناقشة نتائج الفرض السادس:

توصلت النتائج إلى وجود فروق دالـة إحصائيًا بين متوسطات رتب درجات أمهات الأطفـال المعـاقين عقليًـا علـى مقيـاس جـودة الحيـاة الأسـرية فـي القياسـين البعـدي والتتبعـي لصالح القياس التتبعي.

وتتفق هذه النتـائج مـع مـا توصـلت إليـه دراسـات عديـدة كدراسـة رانيـا عبـد الله دراز (٢٠١٤)، ودراسـة رضـوان عبـد الرحمن أبـو ركبـة (٢٠١٦)، ودراسـة ريـم عبـد الفتـاح إبـراهيم (٢٠١٦)، ودراسـة هالـة عطيـة شـاهين (٢٠٢٠) التـي أشـارت جميعهـا إلـى اسـتمرار أثـر البرامج الإرشادية خلال فترة المتابعة، كما أشارت إلى أن غالبية الأمهات قد حافظن على مستوى التقدم الذي وصلن إليه في مختلف المهارات.

ويمكن أن يعزى التحسن المستمر في جودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا إلى اشتراك مجموعة من الأمهات لهن نفس الظروف خلال البرنامج الإرشادي؛ مما أدى إلـى الإحسـاس بالمتعـة والتـرويح عـن الـنفس، كمـا أتـاح لهـن تبـادل المشـاعر وتكـوين علاقـات واكتسـاب صـداقات مـع بعضـهن الـبعض؛ ممـا سـاعدهن علـى تحمـل ومواجهـة الضغوط الواقعة عليهن.

كمـا سـاعد التواصـل بـين الباحـث وأمهـات الأطفـال المعـاقين عقليًـا لحـل بعـض المشكلات لدى أبنائهن إلى استمرار التحسن في الشعور بجودة الحياة الأسرية.

كمـا سـاعد تعلـم الأطفـال ذوي الإعاقـة العقليـة اسـتخدام جـداول الأنشـطة المصـورة بالإضـافة إلـى تحقيق مستوى أعلـى من الانـدماج والتكيـف الاجتمـاعي مـع أسرهم والمجتمـع الخارجي من حولهم، مما انعكس على جودة الحياة الأسرية.

ويرجـع الباحـث بقـاء تحسـن شـعور الأمهـات بجـودة الحيـاة الأسـرية إلـى اسـتمرار استخدام الأم لأساليب معاملة سوية مع الأبناء.

ثالثاً: **نتائج الدراسة الإكلينيكية**

نتائج الفرض السابع ومناقشتها وتفسيرها

ينص الفرض السابع على أنه: **"توجد عوامل دينامية كامنة تقف وراء ارتفاع وانخفاض استفادة أمهات الأطفال المعاقين عقليًا من البرنامج الإرشادي، من خلال دراسة متعمقة لحالتين طرفيتين".**

للتحقق من الفرض السابع؛ اختار الباحث حالتين طرفيتين من أمهات الأطفال المعاقين عقليًا، الحالة الأولى حاصلة على درجة مرتفعة على مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة في القياس البعدي (أعلى استفادة)، أما الحالة الثانية حاصلة على درجة منخفضة على مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة في القياس البعدي (أقل استفادة)، واعتمد الباحث في دراسة الحالتين على ما يلي:

- الملاحظة الإكلينيكية الحرة أثناء جلسات البرنامج الإرشادي.
- استمارة المقابلة الشخصية مع كل حالة على حدة.
- اختبار تفهم الموضوع (TAT).
- اختبار ساكس لتكملة الجمل.

ويمكن إيجاز عرض نتائج الدراسة الإكلينيكية كالتالي:

الحالة الأولى: حاصلة على درجة مرتفعة على مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا في القياس البعدي (أعلى استفادة)

الاسم: إ. م   العمر: ٣١ سنة   المؤهل الدراسي: بكالوريوس تجارة

الوظيفة: لا تعمل

- **درجات الحالة على المقاييس السيكومترية للدراسة (في القياسين القبلي والبعدي):**

١- مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة

التقبل في مقابل الرفض (قبلي – بعدي: ٢٢ – ٣٣ / ٣٦)، المساواة في مقابل التفرقة (قبلي – بعدي: ١٥ – ٢٨ / ٤٢)، الحنان في مقابل القسوة (قبلي – بعدي: ٢٠ – ٣١ / ٤٥)، الاعتدال في مقابل التدليل (قبلي – بعدي: ١٧ – ٢٣ / ٣٣)، الدرجة الكلية (قبلي – بعدي: ٧٤ – ١١٥ / ١٥٦)

٢- مقياس جودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا

حل المشكلات الأسرية (قبلي – بعدي: ١٨ – ٢٥ / ٣٠)، مواجهة الضغوط (قبلي – بعدي: ١٤ – ٢٢ / ٣٠)، القيام بالأدوار الأسرية (قبلي – بعدي: ١٦ – ٢٢ / ٣٣)، القبول الإيجابي للابن المعاق (قبلي – بعدي: ١٦ – ٢٣ / ٣٠)، الرضا عن الحياة (قبلي – بعدي: ١٩ – ٢٣ / ٣٦)

الدرجة الكلية لجودة الحياة الأسرية (قبلي – بعدي: ٨٣ – ١١٥ / ١٥٩).

- **نتائج الحالة الأولى على أدوات الدراسة الإكلينيكية**

١-تاريخ حياة الحالة الأولى من خلال استمارة البيانات الأولية والمقابلة الشخصية

أشارت الأم أن بداية فترة الحمل كانت بدون مشاكل، ولكن حدث تمزّق في الأغشية التي تُحيط بالجنين في الشهر السادس نتيجة قلة شُرب السوائل أثناء الحمل؛ ونتيجة لذلك وُلدت الابنة في الشهر السابع ولادة قيصرية، وانحجزت في الحضان لفترة طويلة.

- **بيانات الزوج:**

الاسم: ع. م العمر: ٤٣ سنة المؤهل الدراسي: ليسانس تربية

الوظيفة: معلم أول المستوى الاقتصادي: متوسط

والزوج بحالة صحية جيدة، ومن أهم سماته الالتزام الديني، وفي وقت فراغه يجلس مع ابنته ويلعب معها، وكل فترة تزور الأسرة لأقاربهم، كما تخرج الأسرة فسحة مع الأبناء، خاصة لحديقة الحيوان، حيث تحب الابنة مشاهدة الحيوانات والطيور واللعب في المناطق المفتوحة.

- **بيانات الابنة:**

الاسم: أ. ع النوع: أنثى معامل الذكاء: ٦٢,٧٩

العمر: ٥ سنوات عدد الأخوة: أخ (سنتان)+ الحالة الترتيب الميلادي: الكبرى

لديها مشكلات في التواصل اللفظي، وتلعب مع أخيها وتحاول التفاعل مع أطفال الجيران، وتعتمد على الأم في رعاية ذاتها، وتختار الابنة ملابسها وتعطيها للأم كي تلبسها، وأحيانًا تبكي وهي نائمة، وتحب مشاهد قنوات الأطفال، وتتحرك كثيرًا وانتباهها مشتت.

تشير الأم بأنها اكتشفت إعاقة ابنتها بعد عامين، حيث لاحظت ضعف المناغاة منذ صغرها وصعوبة التواصل اللفظي، وكنت أنادي عليها ولا تستجيب، وكنت أعتقد أنها سوف تتحسن مع الوقت لضعف جسمها. وقد نصحتني صديقتي بالكشف عليها، وبالفعل كشفت عليها عند دكتور أطفال ونصحني بعمل جلسات تخاطب. وكان رد فعلي "انصدمت"، وإعاقة ابنتي جعلتني أغير مجرى حياتي، حيث كنت مقيدة في مرحلة الدراسات العليا ولكن بعد إنجاب ابنتي تركت الدراسة لأتفرغ لرعاية ابنتي حتى تستطيع أن تعتمد على نفسها. وكان رد فعل زوجي الشعور بالصدمة والدهشة. وأتلقى الدعم من زوجي، حيث يقوم أحيانًا بأعمال المنزل خاصة عندما يشعر بمرضي. وعلاقتي بابنتي جيدة، فهي تتقبل مني الأوامر، ولم

تتغير علاقتي مع ابنتي بعد اكتشاف إعاقتها، بل أعطي لها اهتمامًا أكثر من أخيها رغم صغر سِنه، وأبذل جهدًا كبيرًا معها. أما علاقتي بزوجي فتأثرت إلى حد ما بسبب تكلفة جلسات التخاطب وطلباتي الكثيرة، وأحيانًا أتشاجر مع زوجي بسبب الضغوط الأسرية ورعاية الأبناء. ولم تتغير علاقتي بجيراني وأصدقائي كثيرًا، ولكن بسبب المسئوليات لم أقم بالتواصل مع أصدقائي منذ فترة. وأتوسل في كرم ربنا أن تعيش ابنتي حياة عادية وتحقق الاستقلالية. ولا أفكر في الإنجاب مرة ثالثة.

٢-اختبار تفهم الموضوع (TAT).

- **البطاقة (1):** طفل يعاني من عدم القدرة على الفهم.
- **البطاقة (10):** زوج يضم زوجته إليه.. ويحاول أن يطمنها.. ويشعر بما في داخلها من ألم.
- **البطاقة (13 B)** حزين.. ووحيد.. ومحتار.
- **البطاقة (15):** كثرة الأفكار في الدماغ.. والحيرة في اتخاذ القرار.

٣-اختبار ساكس لتكملة الجمل

أ- مجال الأسرة:

- **الاتجاه نحو الأم:** "مقصرة في حق أمي"، أنا وأمي "أحباب"، معظم الأمهات "قلبهم كبير"، أحب أمي لكنها "بعيدة عني.. بسبب اختلاف الأفكار".
- **الاتجاه نحو الأب:** قليلاً ما "يتحسن"، كنت أود أن أبي قام بمجرد "سماعي لبعض الوقت"، وأود أن والدي "كان موجود معي.. لكنه توفى"، وأشعر أن والدي "لا يوجد مثله أبدًا".
- **الاتجاه نحو وحدة الأسرة:** إذا ما قورنت أسرتي بالأسر الأخرى "أحمد الله على كل شيء"، وتعاملني كما لو "كنت المتهمة الأولى في إعاقة بنتي"، ومعظم الأسر التي أعرفها "طيبين"، وكانت أسرتي في طفولتي "بسيطة".

ب-مجال الجنس:

- **الاتجاه نحو المرأة:** فكرتي عن المرأة الكاملة "صحيحة"، ومعظم البنات "مرتاحين نفسيًا"، ومعظم الناس "طيبين"، وما أحبه في النساء "حبهم لبناتهم.. وعطائهم".

- **الاتجاه نحو العلاقات الجنسية:** عندما أشاهد رجلًا وامرأة معًا "أشعر بالسعادة"، وشعوري "طيب" نحو الحياة الزوجية، لو كانت لي علاقة جنسية "زوجية طيبة"، وحياتي الجنسية "طيبة".

ج- العلاقات الإنسانية المتبادلة:

- **الاتجاه نحو الأصدقاء والمعارف:** الصديق الحق "موجود بالفعل في حياتي"، لا أحب الناس الذين "ينتقدونني بعنف"، الناس الذين أحبهم "هم أسرتي"، عندما لا أكون بين أصدقائي أشعر "بالاختناق".
- **الاتجاه نحو رؤساء العمل:** الناس الذين هم أعلى مني "أتمنى لهم التوفيق"، المدرسون الذين درسوا لي .. "أحبهم جدا"، والذين أعتبرهم أعلى مني "أحبهم لفعل الخير".
- **الاتجاه نحو المرؤوسين:** لو كنت المسؤول الأول" كنت أسأل عن صحة عمن حولي"، لو الناس عملوا من أجلي "يكفيني فقط تعاطفهم مع أبنائي"، والناس الذين يعملون من أجلي "يحبون لي الخير"، عند إصدار الأوامر للغير فأنا "أحدد الأوامر لأبنائي فقط".
- **الاتجاه نحو زملاء العمل:** في عملي أكون أكثر انسجامًا مع "أولادي.. لأنني لا أعمل"، أحب أشتغل مع الناس الذين "أحبهم".

د- مجال فكرة الفرد عن نفسه:

- **الاتجاه نحو الخوف:** أخاف من "ردود فعل الناس"، أخاف من "الفشل"، بودي لو تخلصت من الخوف من "مواجهة الغد"، تضطرني مخاوفي أحيانًا "للانطواء".
- **الاتجاه نحو مشاعر الذنب:** أي شيء ينسيني ذلك الوقت الذي أرى فيه "ابنتي معاقة"، أكبر غلطة ارتكبتها "عندما لم ألتزم بتعليمات الطبيب أثناء الحمل"، أشعر بالذنب نحو التقصيري نحو "أمي"، أسوأ ما فعلت في حياتي "عدم متابعتي المستمرة مع طبيب النساء".
- **الاتجاه نحو قدرات ذاتية:** عندما لا تكون الظروف بجانبي "أضطر للعمل"، عندي القدرة على "مواجهة المصاعب"، أكبر نقطة ضعف عندي "أولادي"، عندما يكون الحظ ضدي "أشعر بالتشاؤم".

- **الاتجاه نحو الماضي:** عندما كنت طفلة "كنت سعيدة جدًا"، كنت فيما قبل "غير راضية عن ظروفي"، لو عدت صغيرة "لارتحت كثيرًا"، أوضح ذكرياتي عن أيام الطفولة "ذكرياتي مع صديقاتي والمدرسة".
- **الاتجاه نحو المستقبل:** يبدو لي المستقبل "مخيف"، وأتطلع إلى "شفاء ابنتي"، في يوم من الأيام "سأكون ذات منصب عالي"، عندما يتقدم بي السن "سوف أندم على ما فاتني".
- **الاتجاه نحو الهدف:** كنت أرغب في "علاج بنتي بطريقة أحسن"، سأكون في سعادة تامة إذا "شفيت بنتي"، والشيء الذي أطمح له "أن أكون ذو شخصية قوية"، وأكثر ما ابتغيه من الحياة هو "شفاء بنتي".

مناقشة نتائج الحالة الأولى:

١- المقاييس السيكومترية

اختار الباحث الحالة الأولى من بين أمهات مجموعة الدراسة لتحسن اتجاهها نحو إعاقة ابنتها، حيث كان الفرق بين القياسين القبلي والبعدي على مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة (٤١) درجة، وقد أدى التحسن الملحوظ في اتجاه الأم نحو إعاقة ابنتها إلى تحسن الشعور بجودة الحياة الأسرية لدى الأم، فالعلاقة ارتباطية موجبة بين اتجاه الأم نحو إعاقة ابنتها وشعورها بجودة الحياة الأسرية، فكلما كان اتجاه الأم إيجابيًا نحو إعاقة ابنتها زاد الشعور بجودة الحياة الأسرية للأم والعكس صحيح، وتم إيضاح ذلك في نتائج الفرض الأول.

٢- المقابلة الشخصية

عانت المفحوصة من صدمة قوية عندما اكتشفت أن ابنتها تعاني من إعاقة عقلية، وشعرت بالإحباط، وانتابها بعض مشاعر الحيرة والدهشة، وقد غير هذا من مجرى حياتها، مما جعلها تترك استكمالها لدراستها العليا، وعانت من الشعور بالذنب نحو إصابة ابنتها. وكان رد فعل زوجها نحو إعاقة ابنتها الشعور بالصدمة والدهشة، كما أن حياتها كلها غير منتظمة بسبب إعاقة ابنتها، وقد تأثرت علاقتها بزوجها إلى حد ما بسبب تكلفة جلسات التخاطب وتنمية المهارات وبعض المصروفات الشخصية التي تطلبها، وترى أن العناية بابنتها ستكون أصعب في المستقبل، وتعتقد أحيانًا أنها قادرة على مواجهة إعاقة ابنتها والتعامل معها.

٣- اختبار تفهم الموضوع (TAT).

البطاقة (1) : تعكس عما تعانيه المفحوصة من ألم نظرًا لإعاقة ابنتها، مما قد يترتب على نتائجها عدم قدرة الابنة على استيعاب ما يدور حولها من تعليمات وأوامر، وعدم قدرتها على الفهم.

البطاقة (10) : توضح شعور المفحوصة بالدعم الإيجابي من قبل زوجها حال إصابة ابنتها بالإعاقة، ومدى تفهم الزوج إلى ما تعانيه المفحوصة من ألم داخلي نظرًا لإعاقة ابنتها.

البطاقة (13 B) : تعكس الاستجابة على مشاعر الحزن والحيرة للمفحوصة تجاه إعاقة ابنتها التي ربما تجعل الابنة في حالة انعزال ووحدة نفسية مستمرة نظرًا لعدم قدرتها على التواصل والتعامل والتفاهم مع الآخرين.

البطاقة (15) : توضح الاستجابة على مدى انشغال المفحوصة سواء بإعاقة ابنتها أم نحو مستقبل الابنة، إضافة إلى ما تعانيه المفحوصة من حيرة وارتباك وعدم القدرة على اتخاذ القرارات المناسبة. إضافة إلى هذا، أوضحت الاستجابات على بطاقات اختبار تفهم الموضوع استخدام المفحوصة بعض الحيل الدفاعية مثل الإسقاط، والكبت، والإحباط.

٤- اختبار ساكس لتكملة الجمل

- **مجال الأسرة:** تحمل المفحوصة بعض الاتجاهات السلبية نحو الأم بسبب اختلاف الأفكار، كما تتهمها أسرتها بأنها السبب في إصابة ابنتها.
- **مجال الجنس:** تحمل المفحوصة اتجاهات إيجابية نحو المرأة والعلاقات الجنسية.
- **العلاقات الإنسانية المتبادلة:** تحمل المفحوصة بعض الاتجاهات السلبية نحو الأصدقاء والمعارف الذين ينتقدونها بعنف.
- **فكرة المرء عن نفسه:** تعاني المفحوصة من بعض المخاوف المرتبطة بردود فعل الناس الآخرين، والفشل، ومواجهة الغد، مما يجعلها تنزوي بعيدًا عن الناس. وتشعر بالذنب نحو إعاقة ابنتها، وتقصيرها نحو أمها، وتشعر بالتشاؤم عندما لا يحالفها الحظ. ويبدو لها أن المستقبل مخيف، وتعتريها بعض مشاعر الندم عندما يتقدم بها العمر، كما تبين أن لديها أهداف محددة وإيجابية.

واستخلص الباحث من الملاحظة المباشرة أثناء جلسات البرنامج والمقابلة الشخصية مع الحالة الأولى؛ مجموعة من العوامل التي أسهمت في كثرة استفادة الأم من البرنامج الإرشادي:

١- البيئة الأسرية الداعمة:

تتميز الأسرة بالتعاون والتشاور، فقبل أخذ قرارات مهمة يستشير الزوج زوجته في القرار ثم يأخذ القرار المناسب، ويقوم الزوج بمساعدة الزوجة أحيانًا في أعمال المنزل خاصة عندما يشعر بمرض زوجته، وقام الزوج بحضور بعض جلسات البرنامج الإرشادي، ويحاول الأخ اللعب مع أخته، إلا أن الأم تهتم بالابنة أكثر من الابن.

٢- المستوى الثقافي والتعليمي للأسرة:

تتمتع الأسرة بمستوى اقتصادي متوسط، ومستوى تعليمي عالٍ فالزوج حاصل على ليسانس تربية والزوجة حاصلة على بكالوريوس تجارة، ويتمتعان بمستوى ثقافي تربوي مرتفع، وينعكس هذا المستوى في تصرفاتهما مع أبنائهما ومع بعضهما البعض، كما ساعد مستواهما الثقافي على تعديل أفكارهما غير العقلانية تجاه إعاقة طفلهما؛ مما ساعد على تعديل اتجاهات الأم نحو إعاقة طفلتها المعاقة وتحسين جودة الحياة لدى الأسرة.

تشعر الأم بالذنب أحيانًا تجاه ابنتها لذلك تحاول مساعدتها بشتى الطرق، وتحاول الأم التواصل مع أمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية على جروبات مواقع التواصل الاجتماعي للاستفادة من خبراتهم، وتتوقع الأفضل في المستقبل -إن شاء الله- ، وتقرأ كتب عن الإعاقة العقلية وكيفية التعامل مع الأطفال ذوي الإعاقة العقلية، ولا توجد خلافات أسرية إلا أن غالبية عبء تربية ابنها عليها، ولا تفكر في العمل نظرًا لظروف ابنتها، لا تعاني من أعراض جسدية، ولا تفكر في ولادة طفل آخر، وتفضل الجماعة وزيارة الأقارب والمشاركة في الحفلات ولكن بعد ولادة ابنتها ترفض حضور غالبية المناسبات، وتهتم الأم بالابنة أكثر من أخيها نظرًا لظروفها الخاصة. كما يرجع استفادة الأم من البرنامج الإرشادي إلى التزامها بحضور جلسات البرنامج، وعمل التكليفات المنزلية المطلوبة.

الحالة الثانية: حاصلة على درجة منخفضة على مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا في القياس البعدي (أقل استفادة)

الاسم: هـ. م   العمر: ٢٧ سنة   المؤهل الدراسي: دبلوم تجارة

الوظيفة: لا تعمل

- **درجات الحالة على المقاييس السيكومترية للدراسة (في القياسين القبلي والبعدي):**

٣- مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة

التقبل في مقابل الرفض (قبلي – بعدي) ١٥ – ١٩ / ٣٦ ، المساواة في مقابل التفرقة (قبلي – بعدي) ٢١ – ٢٢ / ٤٢ ، الحنان في مقابل القسوة (قبلي – بعدي) ٢٢ – ٢٥ / ٤٥، الاعتدال في مقابل التدليل (قبلي – بعدي) ١٨ – ٢١ / ٣٣، الدرجة الكلية (قبلي – بعدي) ٧٦ – ٨٧ / ١٥٦

٤- مقياس جودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا

حل المشكلات الأسرية (قبلي – بعدي) ١٩ – ١٨ / ٣٠ ، مواجهة الضغوط (قبلي – بعدي) ١٩ – ٢٥ / ٣٠، القيام بالأدوار الأسرية (قبلي – بعدي) ٢٠ – ٢٠ / ٣٠ ، القبول الإيجابي للابن المعاق (قبلي – بعدي) ١٤ – ٢٠ / ٣٠ ، الرضا عن الحياة (قبلي – بعدي) ١٦ – ١٧ / ٣٦
الدرجة الكلية لجودة الحياة الأسرية (قبلي – بعدي) ٨٨ – ١٠٠ / ١٥٩.

- **نتائج الحالة الثانية على أدوات الدراسة الإكلينيكية**

١- تاريخ حياة الحالة الثانية من خلال استمارة البيانات الأولية والمقابلة الشخصية

وضحت الأم أنها لم تعانِ من أي مشكلات صحية أثناء فترة الحمل، ولكنها مرت بصدمة عند اكتشاف إصابة ابنها، وكانت رافضة للطفل في بداية الأمر، ثم تقبلت إعاقته، وتحاول حماية ابنها من أي شخص وتمنعه أحيانًا من نزوله للشارع مع أبناء عمه خوفًا عليه، كما أنها خائفة من ولادة طفل آخر يعاني من إعاقة ذهنية، كما أن الأم غير مهتمة بمظهرها وصحتها حيث إنها تعاني من السمنة، وتشير إلى أن لديها شره طعام، وتتمنى الأم اعتماد ابنها على نفسه. وترى الأم أن الحياة لا قيمة لها بالنسبة لها، فترى أنها بعيدة عن ربها ولا أحد يتقبلها كما لا تعجبها شخصيتها ولا شكلها. وأشارت الأم أنها تعيش مهمشة في الأسرة فغالبية القرارات التي تخص الأسرة يتخذها الزوج دون التشاور معها، مما جعلها لا تهتم كثيرًا بالأسرة وتعامل الطفل على أنه عقاب من الله للأسرة، كما تشعر الأم بعدم الأمان والتهميش من قبل الآخرين، كذلك تعاني من الكوابيس المزعجة التي تطاردها باستمرار، حيث ترى أنها تغرق وتصرخ ولا أحد يحاول إنقاذها. ومن العادات السلوكية السيئة التي تود الأم التخلص منها حُبها السريع لأي شخص يعاملها بحب واحترام، والحساسية الزائدة والخوف من انتقادات وسخرية الآخرين، وتود الحفاظ على صداقتها من بعض زملاء الدراسة.

- **بيانات الزوج:**

الاسم: أ. ع العمر: ٣٤ سنة المؤهل الدراسي: دبلوم صناعة

الوظيفة: نقاش المستوى الاقتصادي: متوسط

الزوج بحالة صحية جيدة لا يفي الأب باحتياجات الأسرة ودائم العصبية والعنف مع الجميع ويهتم فقط بنفسه.

- **بيانات الابن:**

الاسم: س. أ النوع: ذكر معامل الذكاء: ٦٤,٢٣

العمر: ٥ سنوات عدد الأخوة: أخ + الحالة الترتيب الميلادي: الأخير

لديه مشكلات في النطق والكلام، ويعتمد على الأم في قضاء احتياجاته، يحاول اللعب مع أبناء عمه، ويميل الابن للأم أكثر من أبيه.

تشير الأم بأنها اكتشفت إعاقة ابنها بعد ٣ سنوات، حيث شُخص من أخصائي تخاطب بأنه يعاني من قصور انتباه ونشاط زائد، وشعرت بالصدمة بعد معرفة خبر إعاقة ابني.. وبكيت بشدة بعد ما أخبرتني دكتورة التخاطب. وكان رد فعل زوجي زيادة عصبيته وقال أنت السبب في إعاقته. ولم يساندنا زوجي في محنتنا، فغالبية الوقت إما في الشغل أو على القهوة. واعتبر إعاقة ابني ابتلاء من الله، ورغم ذلك بأهتم بابني ونفسي أساعده. وتأثرت علاقتي بزوجي كثيرًا بعد ولادة ابننا. وتأثرت علاقتي بجيراني وأصدقائي إلى الأسوأ، ولا أفكر في الإنجاب مرة أخرى.

٢-اختبار تفهم الموضوع (TAT).

- **البطاقة (1):** ولد يتأمل صورة قام برسمها.. تعبر عما بداخله من أسى وحزن.. ويتمنى لو أن كل شيء استمر كما كان للأفضل.. وهو يشعر بالإحباط.
- **البطاقة (10):** امرأة تشعر بالحب والحنان في حضن رجل.
- **البطاقة (13 B)** رجل غلبان يجلس على باب بيته في وسط النهار.. وقد فقد عمله.
- **البطاقة (15):** رجل يطلب الأمان من امرأة يحبها.. وهي جالسة أمامه على الأرض.

٣-اختبار ساكس لتكملة الجمل

أ- مجال الأسرة:

- **الاتجاه نحو الأم:** " أمي "ربنا يرحمها"، أنا وأمي "أصدقاء"، معظم الأمهات "أوفياء"، أحب أمي لكنها "ماتت".
- **الاتجاه نحو الأب:** قليلًا ما "يحضنني"، أود لو أن أبي قام بمجرد "رفض زوجي"، أود لو أن والدي "عاش حتى الآن"، وأشعر أن والدي "ظلمني".
- **الاتجاه نحو وحدة الأسرة:** أسرتي إذا ما قورنت بالأسر الأخرى فإنها "أسرة مظلومة"، وتعاملني كما لو "كنت خادمة"، ومعظم الأسر التي أعرفها "محترمة"، وكانت أسرتي في طفولتي "رائعة".

ب-مجال الجنس:

- **الاتجاه نحو المرأة:** المرأة الكاملة "هي أختي الكبيرة"، ومعظم البنات "غلبانين .. أو مش سهلين"، ومعظم الناس "أوفياء"، وما أحبه في النساء "كيدهن".
- **الاتجاه نحو العلاقات الجنسية:** عندما أشاهد رجلًا وامرأة أقول "ربنا يهدي"، شعوري نحو الحياة الزوجية "زفت"، لو كانت لي علاقة جنسية "لكرهتها"، وحياتي الجنسية "تعيسة".

ج-العلاقات الإنسانية المتبادلة:

- **الاتجاه نحو الأصدقاء والمعارف:** الصديق الحق "وقت الشدة"، لا أحب الناس الذين "يحقدون"، الناس الذين أحبهم أكثر من غيرهم "أولادي وأخواتي"، عندما لا أكون بين أصدقائي أشعر بـ "الملل".
- **الاتجاه نحو رؤساء العمل:** الناس الذين هم أعلى مني "أسعد مني"، المدرسون الذين درسوا لي .. "انتهوا"، والذين أعتبرهم أعلى مني "أقربهم لله".
- **الاتجاه نحو المرؤوسين:** لو كنت المسؤول الأول" كانت حياتي.. تبقى أفضل"، لو الناس عملوا من أجلي "سأشعر بالحرج"، والناس الذين يعملون من أجلي "أصدقائي"، وعند إصدار الأوامر للغير فأنا "ديمقراطية".
- **الاتجاه نحو زملاء العمل:** أحب أشتغل مع الناس الذين "أحبهم".

د- مجال فكرة الفرد عن نفسه:

- **الاتجاه نحو الخوف:** أخاف من "الظلم"، أخاف من "زوجي"، بودي لو تخلصت من الخوف من "المستقبل"، تضطرني مخاوفي "للهروب".
- **الاتجاه نحو مشاعر الذنب:** على استعداد أن أقوم بأي شيء ينسيني ذلك الوقت الذي "عرفت فيه زوجي"، وأكبر غلطة ارتكبتها "زواجي"، وأسوأ ما فعلت في حياتي "زوجي".
- **الاتجاه نحو قدرات ذاتية:** عندما لا تكون الظروف بجانبي "اقترب إلى الله"، عندي القدرة على إسعاد من "حولي"، وأكبر نقطة ضعف عند "أولادي"، وعندما يكون الحظ ضدي "أحمد ربنا".
- **الاتجاه نحو الماضي:** عندما كنت طفلة "كنت أحسن"، كنت فيما قبل "أفضل بكثير"، لو عدت صغيرة "تمنيت أن أختار "مستقبلي"، وأوضح ذكرياتي عن أيام الطفولة "اللعب مع جيراني"
- **الاتجاه نحو المستقبل:** يبدو لي المستقبل "غامضًا"، وأتطلع إلى "حياة هادئة"، في يوم من الأيام "سوف أكون أم عظيمة"، عندما يتقدم بي السن "سأتقرب من ربنا".
- **الاتجاه نحو الهدف:** كنت أرغب في "التزوج مبكرًا"، سأكون في سعادة تامة إذا "مات زوجي أو انفصلت عنه"، والشيء الذي أطمح له "هداية زوجي"، وأكثر ما ابتغيه من الحياة هو "شفاء ابني".

مناقشة نتائج الحالة الثانية:

١- المقاييس السيكومترية

اختار الباحث الحالة الثانية من بين أمهات مجموعة الدراسة لانخفاض تحسن اتجاهها نحو إعاقة ابنها في القياس البعدي، حيث كان الفرق بين القياسين القبلي والبعدي على مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة (١١) درجة، وقد أدى التحسن القليل في اتجاه الأم نحو إعاقة ابنها إلى تحسن قليل في الشعور بجودة الحياة الأسرية لدى الأم، فالعلاقة ارتباطية موجبة بين اتجاه الأم نحو إعاقة ابنها وشعورها بجودة الحياة الأسرية، فكلما كان اتجاه الأم إيجابيًا نحو إعاقة ابنها زاد الشعور بجودة الحياة الأسرية للأم والعكس صحيح.

٢- المقابلة الشخصية

شعرت المفحوصة بالإحباط واليأس وأصيبت بنوبات بكاء حادة عند اكتشاف إعاقة ابنها، وقد أثر ذلك على حياتها بدرجة كبيرة، كما ساءت علاقتها بزوجها الذي لم يصدق لما حدث لابنه، ولم تتلق الأم منه الدعم مطلقًا، وتشعر ببعض مشاعر الذنب نتيجة لعدم قدرتها على توفير الإمكانات والوقت الكافي للعناية بنفسها وبابنها وبأسرتها، وقد تأثرت علاقتها بزوجها إلى الأسوأ. وترى أن العناية بابنها ستكون أصعب في المستقبل. كما أبدت مخاوفها من أن ابنها سوف يعيش حياة عادية وتكون لديه القدرة على تحقيق الاستقلالية، ولا تفكر في إنجاب المزيد من الأطفال، وتعتقد أنها قادرة على التعامل مع إعاقة ابنها.

٣- اختبار تفهم الموضوع (TAT).

البطاقة (1) : تعكس عما تعانيه المفحوصة من أسى وحزن نتيجة لإعاقة ابنها؛ مما يجعلها في حالة نفسية تتسم بالإحباط.

البطاقة (10) : توضح احتياج المفحوصة إلى الحب والحنان، وإلى زوج لديه القدرة على احتوائها، وتبين أيضًا افتقادها العاطفي الذي تعاني منه نتيجة علاقتها غير السوية بزوجها التي تحمل له الكثير من المشاعر السلبية.

البطاقة (13 B) : تعكس الاستجابة خوف المفحوصة على مستقبل ابنها المعاق، وتخيلها بأنه إذا لم يتماثل للشفاء من هذه الإعاقة، فربما يسبب له الشقاء والبؤس، كما أن إصابته بهذه الإعاقة سيجعله إنسانًا غير قادر على الاعتماد على نفسه، كما أنه سوف يواجه في أمور حياته العملية بالفشل الذريع.

البطاقة (15) : كشفت استخدام المفحوصة لميكانيزم التكوين العكسي، حيث إنها كامرأة كانت تتمنى رجلًا يشعرها بالأمان والحب، وهذا بخلاف ما تعيشه في الواقع. وترى أنها لو قابلت رجلًا يُشعرها بمشاعر الدفء العاطفي، فإنها سوف تكون إنسانة مطيعة له، وتلبي كل احتياجاته، إضافة إلى هذا قد تبين من خلال استجابات المفحوصة على بطاقات اختبار تفهم الموضوع استخدامها لبعض الحيل الدفاعية مثل الإسقاط والكبت والتكوين العكسي.

٤- اختبار ساكس لتكملة الجمل

- **مجال الأسرة:** تحمل المفحوصة اتجاهات إيجابية نحو الأم، وبعض الاتجاهات السلبية نحو الأب، وترى أن أسرتها مظلومة، وتعاملها معاملة سيئة للغاية.

- **مجال الجنس:** تحمل المفحوصة بعض الاتجاهات السلبية نحو المرأة، والعلاقات الجنسية "الكراهية والتعاسة".
- **العلاقات الإنسانية المتبادلة:** تحمل المفحوصة بعض الاتجاهات السلبية نحو الأصدقاء والمرؤوسين.
- **فكرة المرء عن نفسه:** لدى المفحوصة بعض مشاعر الخوف الخاصة بالظلم، والخوف من الزوج، وتضطرها مخاوفها هذه إلى الهروب. وتشعر بالذنب نتيجة ارتباطها بزوجها، كما أنها تمتلك بعض القدرات الذاتية الإيجابية. ويبدو لها أن المستقبل غامض، وتتمنى لو مات زوجها أو الانفصال عنه.

واستخلص الباحث من الملاحظة المباشرة أثناء جلسات البرنامج والمقابلة الشخصية مع الحالة الثانية؛ مجموعة من العوامل التي أسهمت في قلة استفادة الأم من البرنامج الإرشادي:

٣-البيئة الأسرية:

يسود جو من عدم التعاون بين الزوجين، فغالبية القرارات التي تخص الأسرة يتخذها الزوج دون التشاور مع الأم، ولم يقدم الزوج الدعم للزوجة خاصة بعد اكتشاف إعاقة ابنهما، كما لم يحضر الزوج الجلسة التي شارك في آباء الأطفال ذوي الإعاقة العقلية.

٤-المستوى الثقافي والتعليمي للأسرة:

تتمتع الأسرة بمستوى اقتصادي متوسط، ومستوى تعليمي متوسط فالزوج حاصل على دبلوم صناعة والزوجة حاصلة على دبلوم تجارة، ويتمتعان بمستوى ثقافي متوسط، وينعكس هذا المستوى في تصرفاتهما مع أبنائهما ومع بعضهما البعض.

ويرجع الباحث قلة الاستفادة من البرنامج الإرشادي للأم الثانية إلى قلة انتظام الأم في حضور جلسات البرنامج الإرشادي، مما جعلها لم تستفد من بعض الجلسات، كما أدت المشكلات الأسرية بين الزوجين وتبادل الاتهامات فيما بينهما إلى انخفاض التحسن في الشعور بجودة الحياة الأسرية.

تعقيب على حالتي الدراسة الإكلينيكية:

من خلال استقراء استجابات الدراسة الإكلينيكية مرتفعي ومنخفضي الاتجاه نحو إعاقة الطفل وجودة الحياة الأسرية؛ اتضح وجود توافق بين الدراسة الإكلينيكية والدراسة السيكومترية، حيث أسهمت الدراسة الإكلينيكية في رسم صورة لحالتي الدراسة توضح وجود اختلاف جوهري بينهما في البناء النفسي وديناميات الشخصية – وهو ما يحقق صحة الفرض الإكلينيكي- حيث أظهرت الدراسة الإكلينيكية أن الحالة الطرفية الأكثر اتجاهًا إيجابيًا نحو إعاقة ابنها والأكثر شعورًا بجودة الحياة الأسرية (الأعلى استفادة من البرنامج الإرشادي) أظهرت تقبلاً للذات والآخرين، ورضا بالأمر الواقع مع الاجتهاد والمثابرة في تحقق الأفضل، في ظل حياة أسرية مترابطة وعلاقات اجتماعية سوية، ونظرة إيجابية متفائلة للمستقبل، وبالتالي يمكن القول أن اتجاه الأم الإيجابي نحو إعاقة ابنها وارتفاع شعورها بجودة الحياة الأسرية يرجع إلى قوة البناء النفسي والدينامي للشخصية.

كما أوضحت الدراسة الإكلينيكية أن الحالة الطرفية الأقل استفادة من البرنامج الإرشادي أظهرت انخفاضًا في تقبل الذات والآخرين، وتكونت صورة سلبية للجسم، إضافة إلى ضعف القدرة على تحمل الضغوط والاستسلام لأي مشكلة، كما تُظهر الحالة قسوة في التعامل مع الذات خاصة في أوقات الإخفاق، مع نظرة تشاؤمية تجاه المستقبل، كل ذلك في ظل حياة أسرية مفككة وعلاقات إنسانية مضطربة يسودها التوتر وضعف الشعور بالأمان، مع استخدام ميكانيزمات الدفاع النفسي كالانسحاب والتعويض وذلك للهروب من الواقع المؤلم، وبالتالي يمكن القول أن اتجاه الأم السلبي نحو إعاقة ابنها وانخفاض شعورها بجودة الحياة الأسرية يرجع إلى تدهور البناء النفسي والدينامي للشخصية.

خلاصة النتائج:

أسفرت نتائج الدراسة عن:

١- وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائيًا بين اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة وجودة الحياة الأسرية لديهن.

٢- يمكن التنبؤ بجودة الحياة الأسرية من خلال اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة.

٣- وجود فروق دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة ٠,٠١ بين متوسطات رتب درجات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا على مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة ومكوناته في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي.

٤- وجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات رتب درجات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا على مكونات مقياس جودة الحياة الأسرية (حل المشكلات- مواجهة الضغوط- القبول الإيجابي للابن المعاق- الرضا عن الحياة)، والدرجة الكلية في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي. بينما لا توجد فروق دالة إحصائيًا على مكون القيام بالأدوار الأسرية في القياسين القبلي والبعدي.

٥- توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات رتب درجات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا على مكونات مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة (التقبل في مقابل الرفض- المساواة في مقابل التفرقة- الاعتدال في مقابل التدليل) والدرجة الكلية في القياسين البعدي والتتبعي لصالح القياس التتبعي، بينما لا توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات رتب درجات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا على مُكون الحنان في مقابل القسوة في القياسين البعدي والتتبعي.

٦- توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات رتب درجات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا في الدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة الأسرية ومكون القيام بالأدوار الأسرية في القياسين البعدي والتتبعي لصالح القياس التتبعي، بينما لا توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات رتب درجات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا على مكونات مقياس جودة الحياة الأسرية (حل المشكلات الأسرية- مواجهة الضغوط- القبول الإيجابي للابن المعاق- الرضا عن الحياة) في القياسين البعدي والتتبعي.

٧- اتفقت نتائج الدراسة الإكلينيكية مع النتائج السيكومترية، حيث أسهمت الدراسة الإكلينيكية في رسم صورة لحالتي الدراسة مرتفعي ومنخفضي الاتجاه نحو الإعاقة وجودة الحياة الأسرية، وأوضحت وجود اختلافات جوهرية بينهما في البناء النفسي وديناميات الشخصية.

➢ **توصيات الدراسة:**

في ضوء نتائج الدراسة الوصفية والتجريبية والكلينيكية قدَّم الباحث بعض التوصيات التي قد تسهم في تعديل اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة وتحسين الشعور بجودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا:

- إقامة دورات تدريبية لآباء وأمهات الأطفال ذوي الإعاقة لتدريبهم على كيفية التواصل السوي مع أطفالهم.

- تبصير آباء وأمهات الأطفال ذوي الإعاقة بالخدمات المجتمعية المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة، وأهمية الاستفادة منها.
- التدخل المبكر للحد من أثار الإعاقة على الأسرة.
- الاهتمام بأسر ذوي الاحتياجات الخاصة من خلال تفعيل المراكز الإرشادية المتخصصة والموجهة للمعاقين وأسرهم.
- تفعيل البرامج التدريبية والإرشادية الموجهة إلى المجتمع لتوضيح حاجات وخصائص وحقوق المعاقين وأسرهم.
- الاهتمام بإنشاء الجمعيات التي تهتم بالأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بشكل عام والمعاقين عقليًا بشكل خاص وأسرهم وتفعيل دورها.
- تقديم خدمات التوعية والتثقيف وتقديم المعلومات حول أسباب الإعاقة وكيفية الوقاية منها مثل: التغذية الجيدة للحامل، والابتعاد عن زواج الأقارب بشكل مستمر ولأجيال متلاحقة، والتعريف بالإعاقات وإمكانات المعاقين وحقوقهم، ومؤسسات التأهيل والعلاج.
- توفير الدعم المادي لأسر الأطفال ذوي الإعاقة العقلية.
- إنشاء قناة فضاية للتربية الخاصة تُقدم معلومات وإرشادات وبرامج تدريبية لذوي الاحتياجات الخاصة بصفة عامة والأطفال المعاقين عقليًا بصفة خاصة؛ حتى تتمكن الأمهات من مساعدة أبنائهن.
- توجيه أسر الأطفال المعاقين عقليًا إلى الاستفادة من وسائل التكنولوجيا الحديثة مثل الإنترنت لمتابعة البرامج التدريبية والإرشادية الحديثة.

➢ **دراسات وبحوث مقترحة:**

- فعالية برنامج إرشادي لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا في تحسين المهارات الجنسية لأبنائهن.
- برنامج تدريبي لتحسين الإيجابية وتنمية السلوك التكيفي لدى الأطفال المعاقين عقليًا.
- فعالية برنامج العلاج بالمعني وبرنامج إرشادي عقلاني انفعالي سلوكي في تعديل اتجاهات الأمهات نحو إعاقة أبنائهن المعاقين عقليًا لتحسين جودة الحياة لديهن.


المراجع

أولاً: المراجع العربية

القرآن الكريم.

آمال إبراهيم الفقي. (٢٠١٣). فاعلية برنامج إرشادي في تنمية التواصل الاجتماعي لدى مريضات السرطان وأثره على جودة الحياة الأسرية. ***مجلة كلية التربية- جامعة بنها، مج*** ٢٤، ع ٩٤، ١٧٩- ٢٣٥.

آمال عبد السميع باظة. (٢٠٠١). ***المنهج الكلينكي*** (ط. ٢). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

آمال عبد السميع باظة. (٢٠٠٩). ***سيكولوجية غير العاديين*** (ط. ٢). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

آمال عبد السميع باظة. (٢٠١٥). ***الصحة النفسية والعلاج النفسي*** (ط. ٣). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

إبراهيم أمين القريوتي. (٢٠٠٩). دعم أسرة الشخص المعاق نفسيًا واجتماعيًا. ***مؤتمر دور جمعيات أولياء أمور المعاقين في دعم أسرة الشخص المعاق***- الشارقة، كلية التربية، جامعة الشارقة، ١- ٢١.

إبراهيم أمين القريوتي. (٢٠١١). تقبل الأمهات الأردنيات لأبنائهن المعاقين. ***مجلة العلوم التربوية: جامعة القاهرة - كلية الدراسات العليا للتربية، مج*** ١٩، ع ٢، ١١١- ١٣٦.

إبراهيم خليفة المركز. (٢٠١٦). دور الإرشاد النفسي المنبثق عن الشريعة الإسلامية في علاج بعض مشكلات الشباب الليبي المعاصر. ***مجلة التربوي: جامعة المرقب- كلية التربية بالخمس،*** ع ٩، ٧٣- ٩٧.

إبراهيم عبد الله الزريقات. (٢٠١٨). ***تحليل السلوك التطبيقي: مبادئ وإجراءات في تعديل السلوك***. عَمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

إبراهيم عبد الله العثمان، وإيهاب عبد العزيز الببلاوي. (٢٠١٢). المساندة الاجتماعية والتوافق الزواجي وعلاقتهما بالضغوط لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد. ***مجلة كلية التربية- جامعة عين شمس،*** ع ٣٦، ج ١، ٧٣٩- ٧٧٨.

أحلام رجب عبد الغفار. (٢٠٠٣). ***الرعاية التربوية لذوي الاحتياجات الخاصة***. القاهرة: دار الفجر للنشر والتوزيع.

أحمد رفعت الشرقاوي. (٢٠٠٢). ***نوعية الحياة والذكاء الوجداني ومستوى التوافق النفسي لدى عينة من ذوي التوجه الديني: الجوهري والظاهري***. رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة المينا.

أحمد عبد العزيز التميمي. (٢٠١٣). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بجودة حياة أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقة بمرحلة التدخل المبكر. ***مجلة العلوم التربوية- كلية التربية، جامعة الملك سعود، مج*** ٢٥، ع ٢، ٥١٣ – ٥٣٣.

أحمد عبد اللطيف أبو أسعد. (٢٠٠٨). ***المهارات الإرشادية***. عَمان: دار المسيرة.

أحمد عبد اللطيف أبو أسعد. (٢٠١١). ***تعديل السلوك الإنساني: النظرية والتطبيق***. عَمان: دار المسيرة.

أحمد عكاشة، وطارق عكاشة. (٢٠١٨). ***الطب النفسي المعاصر*** (ط. ١٧). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

أحمد علي بديوي. (٢٠١٠). فاعلية مشاركة الأمهات في برنامجين أحدهما تدريبي لأطفالهن المعاقين عقليا القابلين للتعلم لتحسين توافقهم النفسي والآخر إرشادي للأمهات لمواجهة الضغوط النفسية. ***مجلة التربية كلية التربية، جامعة الأزهر***، ع ١٤٤، ج ٢، ١١٥- ١٤٨.

أحمد محمد أبو زيد. (٢٠١١). ***بحوث في الصحة النفسية والتربية الخاصة: طيب الحياة النفسية وعلاقتها بالضغوط النفسية لدى آباء الأطفال المتخلفين عقليًا***. دسوق: مكتبة العلم والإيمان.

أحمد مد الله الطراونة. (٢٠٠٨). ***أثر برنامج إرشادي جمعي في خفض مستوى الضغوط النفسية لدى إخوة وأخوات الأطفال التوحديين وتعديل اتجاهاتهم نحو العلاقة***. رسالة دكتوراه. معهد بحوث ودراسات العالم الإسلامي، جامعة أم درمان الإسلامية.

أزهار عبود حسون، وبشرى محمد على جاسم. (٢٠١٤). الخجل الاجتماعي لدى أمهات ذوي الاحتياجات الخاصة. ***مجلة العلوم التربوية والنفسية: الجمعية العراقية للعلوم التربوية والنفسية***، ع ١٠٤، ١٤٥- ١٨٤.

أسامه فاروق سالم. (٢٠١٤). فعالية برنامج إرشاد أسري معرفي سلوكي في خفض القلق الاجتماعي وتحسين التفاعل الاجتماعي لدى الأبناء ذوي اضطرابات طيف التوحد. ***مجلة كلية التربية، جامعة بنها، مج*** ٢٥، ع ٩٧، ٣١- ٩٨.

أشرف أحمد عبد القادر. (٢٠٠٥). تحسين جودة الحياة كمنبئ للحد من الإعاقة. ***ندوة تطوير الأداء في مجال الوقاية من الإعاقة،*** مكتب التربية العربي لدول الخليج والأمانة العامة للتربية الخاصة- الرياض، ٨٩ – ١٢٨.

أشرف أحمد عبد القادر. (٢٠١٣). فاعلية التدخل المبكر في تحسين جودة حياة أسر أطفال الأوتيزم. ***الملتقى الثالث عشر- الجمعية الخليجية للإعاقة*** (التدخل المبكر- استثمار للمستقبل)، المنامة- مملكة البحرين، ١-٢٦.

أماني سعيد عبد المقصود. (٢٠١٦). استخدام العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد لتحسين التوافق الزواجي لأمهات الأطفال المعاقين ذهنيًا. ***مجلة الخدمة الاجتماعية، الجمعية المصرية للأخصائيين الاجتماعيين،*** ع ٥٦، ج ٢، ٤٤٥- ٤٩٣.

أماني عبد المقصود عبد الوهاب، وسميرة محمد شند. (٢٠١٠). جودة الحياة الأسرية وعلاقتها بفاعلية الذات لدى عينة من الأبناء المراهقين. ***المؤتمر السنوي الخامس عشر*** (الإرشاد الأسري وتنمية المجتمع نحو آفاق إرشادية رحبة)، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، مج ٢، ٤٩١- ٥٣٦.

أميرة صبري جاد. (٢٠٢٠). برنامج إرشادي للحد من إساءة معاملة الأمهات لأطفالهن المعاقين عقليًا وأثره على أمنهم النفسي. ***المجلة العربية لعلوم الإعاقة والموهبة، المؤسسة العربية للتربية والعلوم والآداب***، ع ١٤، ٢٦١- ٢٩٦.

إيمان رجب قنديل. (٢٠٠٩). ***فاعلية برنامج إرشادي لتنمية بعض مهارات الاستقلال الذاتي لتحسين جودة الحياة لدى عينة من الأطفال المعاقين عقليًا القابلين للتعلم***. رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة بنها.

إيمان فؤاد كاشف. (١٩٨٩). ***أثر برنامج إرشادي في تعديل الاتجاهات الوالدية نحو أبنائهم المعوقين عقلياً***. رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة الزقازيق.

إيمان فؤاد كاشف. (٢٠٠٠). دراسة لبعض أنواع الضغوط لدى أمهات الأطفال المعاقين وعلاقتها بالاحتياجات الأسرية ومصادر المساندة الاجتماعية. ***مجلة كلية التربية بالزقازيق،*** ع ٣٦، ١٩٩ – ٢٥٣.

بتول محيي الدين خليفة. (٢٠٠٧). القبول والرفض الوالدي للطفل المعاق ذهنيًا. ***مجلة كلية التربية، جامعة الأزهر،*** ع ١٣٣، ج ٢، ٢١٩- ٢٦١.

بسمة عيد الشريف. (٢٠١١). التدريب على أسلوب حل المشكلات في خفض التوتر وتحسين التكيف لأمهات المعاقين. ***مجلة المنارة للبحوث والدراسات: جامعة آل البيت- الأردن، مج*** ١٧، ع ٤، ٦٧- ٨٩.

بطرس حافظ بطرس. (٢٠٠٦). فعالية برنامج إرشادي في تحسين التوافق لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة السمعية وأثره في تغيير اتجاهاتهن نحوهم. ***المؤتمر السنوي الثالث عشر- الإرشاد النفسي من أجل التربية المستدامة: مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، مج*** ١، ٣٣٧- ٤٢٢.

بهاء الدين جلال عبد السلام. (٢٠٠٨). ***برنامج هيلب للأفراد المعاقين من الولادة حتى ٦ سنوات***. القاهرة: دار الفكر العربي.

بيرني كوروين، بيتر رودل، وستيفن بالمر. (٢٠٠٨). ***العلاج المعرفي السلوكي المختصر*** (محمود عيد مصطفى، مترجم). القاهرة: إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع. (العمل الأصلي نُشر في ٢٠٠٠).

بيللاك ليوبولد. (٢٠١٢). ***اختبار تفهم الموضوع*** (محمد أحمد خطاب، مترجم). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

تهاني محمد عثمان منيب. (٢٠٠٨). ***اتجاهات حديثة في رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة.*** القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

جابر عبد الحميد جابر، وعلاء الدين كفافي. (١٩٨٨). ***معجم علم النفس والطب النفسي*** (ج ١). القاهرة: دار النهضة العربية.

جابر عبد الحميد جابر، وعلاء الدين كفافي. (١٩٩٥). ***معجم علم النفس والطب النفسي*** (ج ٧). القاهرة: دار النهضة العربية.

جمال الخطيب. (٢٠٠١). ***أولياء أمور الأطفال المعاقين عقليًا: استراتيجيات العمل معهم وتدريبهم ودعمهم.*** الرياض: أكاديمية التربية الخاصة.

جمال مختار حمزة. (١٩٩٢). ***مدى فاعلية برنامج إرشادي للوالدين في تغيير اتجاهاتهم نحو الابن المتخلف عقليًا وفي تحسين توافقه***. رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة عين شمس.

الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء المصري. (٢٠١٩). خصائص ذوي الإعاقة في مصر عام ٢٠١٧م. ***المجلة السكانية***، ع ٩٨، ٦٧- ١١٤.

حامد عبد السلام زهران. (٢٠٠٢). ***التوجيه والإرشاد النفسي***. القاهرة: عالم الكتاب.

حامد عبد السلام زهران. (٢٠٠٥). *الصحة النفسية والعلاج النفسي* (ط. ٤). القاهرة: عالم الكتب.

حسام الدين عزب. (٢٠٠٤). برنامج إرشادي لخفض الاكتئابية وتحسين جودة الحياة لدى عينة من معلمي المستقبل. ***المؤتمر السنوي الثاني عشر- التعليم للجميع***، كلية التربية- جامعة حلوان، ٥٧٥- ٦٠٥.

حمدي علي الفرماوي، ووليد رضوان النساج. (٢٠١٠). ***الإعاقة العقلية: الإضرابات المعرفية والانفعالية***. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.

خالد رمضان سليمان. (٢٠١٧). فعالية برنامج إرشادي للوالدين للتغلب على ردود الفعل السلبية تجاه ولادة طفل معاق فكريًا. ***مجلة التربية الخاصة والتأهيل: مؤسسة التربية الخاصة والتأهيل، مج*** ٤، ع ١٦، ٥٨- ١١٤.

خالد محمد عبد الغني. (٢٠٠٩). حاجات أولياء أمور ذوي الاحتياجات الخاصة "ترتيبها وعلاقتها بالضغوط النفسية وأساليب مواجهتها". ***مؤتمر منظمة التأهيل الدولي***- الإقليم العربي، مجلة عالمي، الإمارات العربية المتحدة- دبي، ١٦-١٧.

خولة أحمد يحيى. (٢٠٠٣). ***إرشاد أسر ذوي الاحتياجات الخاصة***. عَمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

داليا نبيل حافظ. (٢٠٠٧). التفكير اللاعقلاني وعلاقته بسوء التوافق الزواجي لدى آباء وأمهات المعاقين عقليا. ***الأعمال الكاملة للمؤتمر الإقليمي الأول لعلم النفس: رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم)***، ٨٢٣ – ٨٥٩.

رابعة عبد الناصر محمد. (٢٠١٧). ***جودة الحياة لدى أمهات ذوي الاحتياجات***. الإسكندرية: مؤسسة حورس.

رانيا عبد الله دراز. (٢٠١٤). فاعلية برنامج إرشادي في تحسين جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين سمعيًا. ***مجلة كلية التربية- جامعة بنها، مج*** ٢٥، ع ٩٩، ج ١، ٤٢٧- ٤٤٥.

رباب عبد الكريم بنداري، نهى عبد الرحمن أبو الفتوح، وأحمد علي بديوي. (٢٠١٥). جودة الحياة وعلاقتها بأساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم. ***دراسات تربوية واجتماعية: جامعة حلوان- كلية التربية، مج*** ٢١، ع ٢، ١٧٥- ٢٢٠.

رشاد علي موسى، ومديحة منصور سليم. (٢٠١٣). ***علم النفس العلاجي***. القاهرة: عالم الكتب.

رضوان عبد الرحمن أبو ركبة. (٢٠١٦). ***برنامج إرشادي نفسي ديني لتحسين جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المعاقين عقليًا***. رسالة دكتوراه، كلية البنات للآداب والعلوم والتربية، جامعة عين شمس.

روز ماري لامبي، وديبي دانيلز– مورنج. (٢٠٠١). ***الإرشاد الأسري للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة*** (علاء الدين كفافي، مترجم). القاهرة: دار قباء للنشر والتوزيع. (العمل الأصلي نُشر في ١٩٥٣).

رياض نايل العاسمي. (٢٠١٥). ***العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي: بين النظرية والممارسة***. عَمان: دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع.

ريم عبد الفتاح إبراهيم. (٢٠١٦). ***فاعلية برنامج إرشادي قائم على المساندة الوالدية لتحسين نوعية الحياة للأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم***. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة عين شمس.

زينب محمود شقير. (٢٠٠٩ أ). ***أسرتي ومدرستي أنا ابنكم المعاق ذهنيًا– سمعيًا– بصريًا*** (ط. ٣). القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

زينب محمود شقير. (٢٠٠٩ ب). ***مقياس تشخيص معايير جودة الحياة للعاديين وغير العاديين***. القاهرة: دار الفكر العربي.

سعد عبد الرحمن. (٢٠٠٨). ***القياس النفسي: النظرية والتطبيق*** (ط. ٥). القاهرة: هبة النيل العربية للنشر والتوزيع.

سعيدة أمان الشمالي. (٢٠١٠). ***أساليب مواجهة الضغوط ودور شبكات الدعم الاجتماعي: دراسة مقارنة بين أمهات التلميذات المتخلفات عقلياً والعاديات***. رسالة ماجستير. جامعة الخليج العربي.

سمية طه جميل. (٢٠١١). فاعلية برنامج إرشادي لتعديل اتجاهات الوالدين نحو التربية الجنسية لأبنائهم المعاقين عقليًا. ***مجلة الطفولة والتربية: كلية رياض الأطفال– جامعة الإسكندرية، مج*** ٣، ع ٨، ١٢٧– ٢١٠.

سناء حسن عماشة. (٢٠١٠). ***الاتجاهات النفسية والاجتماعية: أنواعها ومدخل لقياسها***. القاهرة: مجموعة النيل العربية.

سهير محمود أمين. (٢٠٠٧). فاعلية برنامج إرشادي في تحسين الأداء الوظيفي الوالدي لدى مجموعتين من أسر الأطفال المعاقين عقلياً وسمعياً. ***المؤتمر السنوي الرابع عشر- الإرشاد النفسي من أجل التنمية في ظل الجودة الشاملة: مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، مج*** ١، ٤٠٩- ٤٧٨.

سي بشير كريمة، وساسي كريمة. (٢٠١٧). تعديل أساليب المعاملة لدى أمهات المعاقين ذهنياً: دراسة ميدانية بالمركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيًا بالجزائر. ***مجلة العلوم الاجتماعية، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة عمار ثليجي بالأغواط،*** ع ٢٢، ١٣٦- ١٤٨.

سيد عبد العظيم محمد، فضل عبد الصمد، ومحمد عبد التواب أبو النور. (٢٠١٠). ***فنيات العلاج النفسي وتطبيقاتها***. القاهرة: دار الفكر العربي.

سيد عبد العظيم محمد، ومحمد عبد التواب أبو النور. (٢٠١٢). ***العلاج بالمعنى: النظرية- الفنيات- التطبيق***. القاهرة: دار الفكر العربي.

شادية محمد مرزوق. (٢٠٠٣). ***تقدير الذات والاتجاه نحو الإعاقة لدى أمهات المعاقين عقلياً وعلاقتها بالسلوك التوافقي لهؤلاء الأطفال***. رسالة ماجستير، معهد الدراسات والبحوث التربوية، جامعة القاهرة.

شاهين رسلان. (٢٠٠٩). ***سيكولوجية أسرة المعاق عقليًا***. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

صالح حسن الداهري. (٢٠١٥). ***فنيات الإرشاد النفسي لذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم***. عمان: دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع.

عادل عبد الله محمد. (٢٠٠٠). ***العلاج المعرفي السلوكي: أسس وتطبيقات***. القاهرة: دار الرشاد.

عادل عبد الله محمد. (٢٠١٠). ***جداول النشاط المصورة للأطفال التوحديين وإمكانية استخدامها مع الأطفال المعاقين عقليًا*** (ط. ٣). القاهرة: دار الرشاد.

عادل عز الدين الأشول. (٢٠٠٥). نوعية الحياة من المنظور الاجتماعي والنفسي والطبي. ***المؤتمر العلمي الثالث "الإنماء النفسي والتربوي للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة"*** كلية التربية- جامعة الزقازيق، ٣- ١٣.

عبد الباسط متولي خضر، ورانيا الصاوي عبده. (٢٠١٩). ***موسوعة الاتجاهات الحديثة في الصحة النفسية والعلاج النفسي***. القاهرة: دار الكتاب الحديث.

عبد الرحمن سيد سليمان. (٢٠١٤). ***معجم مصطلحات الإعاقة العقلية***. القاهرة: دار الجوهرة للنشر والتوزيع.

عبد الستار إبراهيم، وعبد الله عسكر. (٢٠١٩). ***علم النفس الإكلينيكي في ميدان الطب النفسي***. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

عبد العزيز السيد الشخص. (٢٠٠٨). ***الأطفال ذوو الاحتياجات الخاصة وأساليب رعايتهم***. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

عبد اللطيف محمد خليفة، وعبد المنعم شحاته محمود. (١٩٩٤). ***سيكولوجية الاتجاهات: المفهوم، القياس، التغيير***. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر.

عبد المطلب أمين القريطي. (١٩٩٥). ***مقياس الاتجاهات نحو المعاقين عقليًا***. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

عبير يوسف الصفران. (٢٠١١). ***العلاقة بين الدعم الاجتماعي ودرجة الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال التوحديين في دولة الكويت***. رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، جامعة الخليج العربي، المنامة.

عثمان لبيب فراج. (٢٠١٢). ***الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة***. القاهرة: مكتبة المتنبي.

علاء الدين كفافي. (٢٠١٥). ***علم النفس الأسري*** (ط.٢). عَمان: دار الفكر للطباعة والنشر.

علاء الدين كفافي، وجهاد علاء الدين كفافي. (٢٠٠٦). ***موسوعة علم النفس التأهيلي: الإعاقات*** (مج ٢). القاهرة: دار الفكر العربي.

عمر فواز عبد العزيز. (٢٠١٢). حاجات أسر الأطفال ذوي الإعاقة العقلية وعلاقتها بالجنس والعمر ودرجة الإعاقة للمعاقين عقليًا. ***المجلة التربوية الدولية المتخصصة، دار سمات للدراسات والأبحاث***، مج ١، ع ١١، ٨٠١- ٨١٩.

عهود بشير العسكر. (٢٠١١). ***فاعلية برنامج إرشادي سلوكي معرفي لأسر أطفال التوحد البسيط في مدينة الرياض***. رسالة ماجستير، كلية العلوم الإنسانية، جامعة الإمام محمد بن سعود.

فاروق الروسان. (٢٠١٨). ***أساليب القياس والتشخيص في التربية الخاصة*** (ط. ٩). عَمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.

فتحي مصطفى الزيات. (٢٠٠٩). ***دمج ذوي الاحتياجات الخاصة الفلسفة والمنهج والآليات***. القاهرة: دار النشر للجامعات.

فوزية عبد الله الجلامدة. (٢٠٠٧). ***فاعلية برنامج تعليمي في تحسين مستوى المعرفة بأسباب الإعاقة العقلية لدى أولياء الأمور في الأردن***. رسالة دكتوراه، كلية الدراسات التربوية العليا، جامعة عمان العربية للدراسات العليا.

فوزية عبد الله الجلامدة. (٢٠١٧). ***استراتيجيات تعليم الأطفال ذوي الإعاقة العقلية*** (ط. ٢). عمَّان: دار المسيرة.

فوقية حسن رضوان. (٢٠٠٥). علم النفس التطبيقي وجودة الحياة. ***المؤتمر العلمي الثالث "الانتماء النفسي والتربوية للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة"***، ٩٥-١٠٤.

اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا. (٢٠١٨). ***الإعاقة في المنطقة العربية***. لبنان: مطبوعات للأمم المتحدة تصدر عن "الإسكوا".

مايكل نينا، ويندي درايدن. (٢٠٢١). ***العلاج المعرفي السلوكي: ١٠٠ نقطة أساسية وتكنيك*** (عبد الجواد خليفة أبو زيد، مترجم)، (ط. ٢). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

محمد أحمد شاهين، وريما عزام خليل. (٢٠١٣). دور خدمات الرفاه الاجتماعي التأهيلية في تحسين جودة الحياة لدى أسر المعوقين عقلياً في القدس من وجهة نظر الوالدين. ***مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات التربوية والنفسية*** – فلسطين، مج ١، ع ٣، ١٦١- ١٩٤.

محمد رفيق الأحمد. (٢٠١٧). ***فعالية برنامجين إرشاديين مستندين إلى العلاج الواقعي والعلاج بالمعنى في تنمية التخطيط والتمكين النفسي لدى أمهات الأطفال المعاقين عقليًا***. رسالة دكتوراه، كلية الدراسات العليا، جامعة مؤتة.

محمد سيد موسى، عادل عبد الله محمد، وزينب محمود شقير. (٢٠٠٧). فعالية برنامج إرشادي تدريبي لأمهات الأطفال التوحديين لتنمية بعض مهارات السلوك الاستقلالي لهؤلاء الأطفال باستخدام جداول النشاط المصورة. ***المؤتمر العلمي الحادي عشر "التربية وحقوق الإنسان"، كلية التربية، جامعة طنطا، مج ٢***، ٣٣١-٣٤٧.

محمد عماد الدين إسماعيل، ورشدي فام منصور. (١٩٨٦). ***مقياس الاتجاهات الوالدية: كراسة الأسئلة***. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

محمود عبد الحليم منسي، وعلي مهدي كاظم. (٢٠١٠). تطوير وتقنين مقياس جودة الحياة لدى طلبة الجامعة في سلطنة عمان. ***مجلة الأكاديمية الأمريكية العربية للعلوم والتكنولوجيا (أماراباك)***– الولايات المتحدة الأمريكية، مج ١، ع ١، ٤١- ٦٠.

محمود فتحي عكاشة، وعبد العزيز إبراهيم سليم. (٢٠١٠). العلاقة بين جودة الحياة النفسية والإعاقة اللغوية. ***ورقة عمل مقدمة لمؤتمر جودة الحياة بكفر الشيخ***، كلية التربية، جامعة كفر الشيخ.

محمود محمد إمام. (٢٠٢٠). نموذج سببي مقترح للعلاقة بين المساندة الاجتماعية والضغوط الوالدية والرضا عن الحياة لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة في سلطنة عمان. ***مجلة العلوم التربوية والنفسية: جامعة البحرين، مج*** ٢١، ع ١، ١٢٧– ١٥٧.

مدحت محمد أبو النصر. (٢٠٠٩). ***رعاية وتأهيل المعاقين من منظور تكاملي مع الإشارة إلى جهود بعض الدول العربية.*** القاهرة: الروابط العالمية للنشر والتوزيع.

مروة لطفي الشربيني. (٢٠٠٩). ***مدى فاعلية برنامج إرشادي لتعديل الاتجاهات الوالدية السالبة نحو الطفل التوحدي.*** رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة الإسكندرية.

مريم نزال العنزي. (٢٠١٩). فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لزيادة مهارات التعايش بواقعية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقليًا في منطقة الجوف– السعودية. ***مجلة كلية التربية، جامعة أسيوط***، مج ٣٥، ع ٣، ٢٣٤– ٢٥٥.

مصطفى نوري القمش. (٢٠١٥). ***الإعاقة العقلية: النظرية والممارسة*** (ط. ٢). عمَّان: دار المسيرة.

مغنية قوعيش. (٢٠١٨). جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيًا في ضوء بعض المتغيرات: دراسة وصفية لأمهات الطفل المعاق ذهنيًا بولاية مستغانم. ***مجلة دراسات نفسية وتربوية– جامعة قاصدي مرباح– الجزائر***، مج١١، ع١، ١٢٥ – ١٣٩.

منار عبد الرحمن خضر، وأحلام عبد العظيم مبروك. (٢٠١١). جودة حياة الأسرة وتأثيرها على قدرة الأم لاكتشاف وتنمية الذكاءات المتعددة لدى الأطفال في سن ما قبل المدرسة. ***مجلة بحوث التربية النوعية– جامعة المنصورة***، ع ٢٣، ٨٠–١٢٦.

منتصر علام. (٢٠١٢). ***الإرشاد النفسي العقلاني الانفعالي السلوكي: النظرية والتطبيق.*** القاهرة: المكتب الجامعي الحديث.

منظمة الصحة العالمية. (١٩٩٩). ***المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض: تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية*** (وحدة الطب النفسي بكلية الطب جامعة عين شمس، مترجم). كلية الطب، جامعة عين شمس.

منـى السيد النجولي. (٢٠١٧). ممارسـة العـلاج المعرفـي السلوكي فـي خدمـة الفرد لتنمية المهارات الحياتية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا. ***مجلة الخدمة الاجتماعية، الجمعية المصرية للأخصائيين الاجتماعيين،*** ع ٥٨، ج ٥، ٣٠٨- ٣٥٦.

منى بدر الجناعي. (٢٠١٢). فاعلية العلاج بالمعنى لتحسين جودة الحياة الأسرية وأثرها على مهارات التواصل لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية البصرية بالكويت. ***مجلة التربية: جامعة الأزهر- كلية التربية، ع ١٤٩، ج ٢،*** ٢٦٨- ٣٦٥.

منـى صـبحي الحديـدي، ياسـر عثمـان سـالم، و وائـل مسـعود. (٢٠٠٩). ***التأهيـل الشـامل.*** القاهرة: الشركة العربية المتحدة للتسوق والتوريدات.

منـى محمـد أبـو شـعيب، وأسامة محمـد البطاينـة. (٢٠١١). أثـر برنـامج تـدريبي فـي تعـديل اتجاهات والدي الأطفال التوحديين نحو أطفالهم. ***دراسات- العلوم التربوية: الجامعة الأردنية- عمادة البحث العلمي، مج*** ٣٨، ٥٠٤- ٥٢٥.

ميرفت رجب صـابر. (٢٠٠٠). ***مـدى فاعليـة برنـامج إرشـادي فـي تعـديل اتجاهـات الأم نحـو طفلها المعاق عقليًا.*** رسالة دكتوراه، كلية البنات، جامعة عين شمس.

نهى يوسف اللحامي. (١٩٨٤). ***الاتجاهات الوالديـة نحـو الإعاقـة العقليـة وعلاقتهـا بكـل مـن العلاقـات داخـل الأسـرة والسـلوك التكيفـي لـدى المتخلفـين عقليًـا.*** رسـالة دكتـوراه، كليـة الدراسات الإنسانية، جامعة الأزهر بالقاهرة.

هالة عطية شاهين. (٢٠٢٠). دور الإرشاد النفسي في تحسين جودة الحياة لأمهات الأطفال المعـاقين عقليًـا. ***المجلـة العربيـة للعلـوم التربويـة والنفسـية. مـج*** ٤، ع ١٨، ٤٩٧- ٥١٠.

هدى أمين عبد العزيز. (٢٠١٤). جودة الحياة لدى عينـة من أمهات الأطفال والمراهقين المصـابين بـالأوتيزم: دراسـة مقارنـة. ***مجلـة كليـة التربيـة- جامعـة الأزهـر بالقـاهرة،*** ع ١٥٩، ج ١، ٥٤- ٨٥.

هشام عبد الرحمن الخـولي. (٢٠٠٧). ***دراسـات وبحـوث فـي علـم الـنفس والصـحة النفسـية.*** الإسكندرية: دار الوفاء.

وائـل مـاهر غنـيم. (٢٠١٥). الضـغوط وأسـاليب مواجهتهـا وعلاقتهـا بالصـلابة النفسـية والمسـاندة الاجتماعيـة لـدى أمهـات الأطفـال ذوي اضـطراب طيـف التوحـد. ***مجلـة الإرشاد النفسي: مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس،*** ع ٤٤، ٣٠١- ٣٦١.

وحيد مصطفى كامل. (٢٠٠٥). فعالية برنامج إرشادي في تحسين التوافق النفسي لدى الأمهات المسيئات لأطفالهن المعاقين عقليًا. ***دراسات نفسية: رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم)، مج*** ١٥، ع ٢، ٢٣١- ٢٦٢.

وردة حسن محمد. (٢٠١٠). ***جودة الحياة وعلاقتها بتقبل الوالدين لطفلهما المعاق***. رسالة ماجستير، كلية رياض الأطفال، جامعة القاهرة.

وليد السيد خليفة، ومراد علي عيسى. (٢٠١٥). ***الاتجاهات الحديثة في مجال التربية الخاصة: التخلف العقلي***. الإسكندرية: دار الوفا لدنيا الطباعة.

ثانيًا: المراجع الأجنبية

American Psychiatric Association (2013). ***Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)***. American Psychiatric Publishing.

Asghari, M., Karimi, L., Rahimi, F., & Vahedian, A. (2020). Effect of progressive muscle relaxation on the quality of life of patients involved in pathologic and physiologic events: A systematic review and meta-analysis study. ***Iranian Journal of Epidemiology, 15***(4), 371-386.

Azizmohammadi, S., Rakebi, N., Jamshidi, Z., & Zomorodi, M. (2019). Logo-therapy on Sense of Coherence and Quality of Life of Autistic Student Mothers. ***Middle Eastern Journal of Disability Studies, 9,*** 37-37.

Bafrooei, K. B., Afkhami, M., Shafie, R., Aghda, M. A., & Mirsaleh, Y. R. (2019). Comparison of General Health, Coping Styles, Religious Orientations, and Personality Dimensions between Mothers with Intellectual Disability Children and Mothers with Normal Children. ***The Journal of Tolooebehdasht***. 17(7), 22-57.

Bavali, F., Faramarzi, S., Manshaie, G. H., & Khaledian, M. (2013). Effectiveness of group logo therapy on the promotion of resiliency of the mothers with intellectual disability children. ***Journal of World Sci***, *1*, 115-23.

Blair, C. T. (2003). ***The Use of Religious Coping and Perceptions of Family Functioning of Parents who Have a Child with a Developmental Disability*** (Doctoral dissertation, University of Memphis).

Brown, I. & Brown, R. (2003). ***Quality of life and disability: An approach for community practitioners.*** Jessica Kingsley Publishers.

Brown, I., Anand, S., Fung, W. A., Isaacs, B., & Baum, N. (2003). Family quality of life: Canadian results from an international study. ***Journal of Developmental and Physical Disabilities, 15***(3), 207-230.

Brown, I., Brown, R. I., Baum, N. T., Isaacs, B. J., Myerscough, T., Neikrug, S.,... & Wang, M. (2006). Family quality of life survey: Main caregivers of people with intellectual or developmental disabilities. ***Toronto: Surrey Place Centre***.

Capuzzi, D., & Stauffer, M. D. (2016). ***Counseling and psychotherapy: Theories and interventions.*** New York: John Wiley & Sons.

Chiu, S. J., Chen, P. T., Chou, Y. T., & Chien, L. Y. (2017). The Mandarin Chinese version of the Beach Centre Family Quality of Life Scale: development and psychometric properties in Taiwanese families of children with developmental delay. ***Journal of Intellectual Disability Research, 61***(4), 373-384.

Corey, G. (2016). ***Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy.*** Cengage Learning.

Cuncic, A. (2019). ***An overview of Victor Frankl's logotherapy***. Retrieved from https://www.verywellmind.com/an-overview-of-victor-frankl-s-logotherapy-4159308 [Google Scholar]

Davis, K., & Gavidia-Payne, S. (2009). The impact of child, family, and professional support characteristics on the quality of life in families of young children with disabilities. ***Journal of Intellectual and Developmental Disability, 34***(2), 153-162.

De Sousa, A. (2010). Mothers of children with developmental disabilities An analysis of psychopathology. ***Journal of Pakistan Psychiatric Society, 7***(2), 84-90.

Dunst, C. J., & Bruder, M. B. (2002). Valued outcomes of service coordination, early intervention, and natural environments. ***Exceptional children, 68***(3), 361-375.

Ede, M. O., Anyanwu, J. I., Onuigbo, L. N., Ifelunni, C. O., Alabi-Oparaocha, F. C., Okenyi, E. C., ... & Victor-Aigbodion, V. (2020). Rational emotive family health therapy for reducing parenting stress in families of children with autism spectrum disorders: a group randomized control study. ***Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy,*** 1-29.

Ellis, A. (1997). Using Rational Emotive Behavior Therapy techniques to cope with disability. ***Professional Psychology: Research and Practice, 28***(1), 17- 22.

Faramarzi, S., & Bavali, F. (2017). The effectiveness of group logotherapy to improve psychological well-being of mothers with intellectually disabled children. ***International Journal of Developmental Disabilities, 63***(1), 45-51.

Floyd, F. J., & Zmich, D. E. (2001). Marriage and the parenting partnership: Perceptions and interactions of parents with mentally retarded and typically developing children. ***Child Development, 62***(6), 1434-1448.

Frankl, V. (2008). ***Recollections an Autobiography. Cambridge, Massachusetts***. Peruses publishing.

Heward, W. L., Alber-Morgan, S. R.& Konrad, M. (2019). ***Exceptional children: An introduction to special education*** (11Th Ed.). Pearson education.

Hunt, C. S., & Hunt, B. (2004). Changing attitudes toward people with disabilities: Experimenting with an educational intervention. ***Journal of Managerial Issues***, 266-280.

Kersh, J., Hedvat, T. T., Hauser-Cram, P., & Warfield, M. E. (2006). The contribution of marital quality to the well-being of parents of children with developmental disabilities. ***Journal of Intellectual Disability Research, 50***(12), 883-893.

Leahy, R. (2002). ***Clinical advances in cognitive psychotherapy: Theory and application***. Springer Publishing Company.

Lecavalier, L., Leone, S., & Wiltz, J. (2006). The impact of behavior problems on caregiver stress in young people with autism spectrum disorders. ***Journal of intellectual disability research, 50***(3), 172-183.

Lukas, E., & Zwang-Hirsch, B. (2002). Logotherapy (Chapter 14). ***Comprehensive handbook of psychotherapy***, 3.

Martin, G., & Pear, J. J. (2019). ***Behavior modification: What it is and how to do it***. Routledge.

McPherson, P., Lockhart, J. R., & Bundrick, J. (2020). The Classification of Mental Disorders: Dual Diagnosis in Persons with Intellectual Disabilities. In ***Handbook of Dual Diagnosis*** (pp. 11-31). Springer, Cham.

Mihandoust, S., Radfar, M., & Soleymani, M. (2021). Effectiveness of Group Logotherapy on Meaning in Life in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder: A Randomized Clinical Trial. ***Journal of Advances in Medical and Biomedical Research, 29***(132), 54-62.

Milanich, Y. (2014). Rational-emotive behavior therapy for parents of children with special needs (Case study). In *rati**onal-emotive behavior therapy for parents of children with special needs (Case study**)*. STEF92 Technology Ltd.

Morin, D., Crocker, A. G., Beaulieu-Bergeron, R., & Caron, J. (2013). Validation of the attitudes toward intellectual disability–ATTID questionnaire. ***Journal of Intellectual Disability Research, 57***(3), 268-288.

Mousavi Najafi, F., & Rasouli Jozi, F. (2019). Effectiveness of spirituality therapy on social stigma and worry in the mothers of the children with autism. ***Social Behavior Research & Health (SBRH),*** *3*(2), 410- 418.

Nazer, M., Riyahi, N., & Mokhtaree, M. (2016). The effect of stress management training with cognitive behavioral style on stress and mental health of parents of children with intellectual disabilities. ***Archives of Rehabilitation, 17***(1), 32-41.

Osborn, R., Girgis, M., Morse, S., Sladakovic, J., Kneebone, I., Shires, A., ... & Roberts, L. (2018). Mindfulness-integrated CBT (MiCBT) for reducing distress in parents of children with intellectual disability (ID): A case series. ***Journal of Developmental and Physical Disabilities, 30***(4), 559-568.

Park, J., Hoffman, L., Marquis, J., Turnbull, A., Poston, D., Mannan, H., Wang, M.& Nelson, L. L. (2003). Toward assessing family outcomes of service delivery: Validation of a family quality of life survey. ***Journal of Intellectual Disability Research, 47***(4-5), 367-384.

Poston, D. J., & Turnbull, A. P. (2004). Role of spirituality and religion in family quality of life for families of children with disabilities. ***Education and training in developmental disabilities***, 95-108.

Rahbar Karbasdehi, F., Abolghasemi, A., & Rahbar Karbasdehi, E. (2016). Effect of stress management training based on cognitive-behavioral approach on improving parent-child relationship and psychological well-being in mothers of children with intellectual disability. ***Quarterly Journal of Child Mental Health, 3***(3), 59-71.

Rillotta, F., Kirby, N., Shearer, J., & Nettelbeck, T. (2012). Family quality of life of Australian families with a member with an intellectual/ developmental disability. ***Journal of Intellectual Disability Research, 56***(1), 71-86.

Soresi, S., Nota, L., & Ferrari, L. (2007). Considerations on supports that can increase the quality of life of parents of children with disabilities. ***Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities, 4***(4), 248-251.

Staunton, E., Kehoe, C., & Sharkey, L. (2020). Families under pressure: stress and quality of life in parents of children with an intellectual disability. ***Irish Journal of Psychological Medicine,*** 1-8.

Su, H., Cuskelly, M., Gilmore, L., & Sullivan, K. (2015). Examination of a scale assessing attitudes towards individuals with intellectual disability in China. ***International Journal of Disability, Development and Education, 62***(6), 660-675.

Van Doorn, J., Ly, A., Marsman, M., & Wagenmakers, E. J. (2020). Bayesian rank-based hypothesis testing for the rank sum test, the signed rank test, and Spearman's ρ. ***Journal of Applied Statistics, 47***(16), 2984-3006.

Westwood, W. K. (2010). ***Children with mental retardation/intellectual disability: The function of adaptive behavior and parental stress across childhood*** (Doctoral dissertation, Duquesne of University).

WHOQOL Group (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. ***Social science & medicine, 41***(10), 1403-1409.

Wisawatapnimit, P. (2009). ***Assessment of family quality of life among families with a member who has cancer***. (Doctoral dissertation, faculty of the Graduate school, Vanderbilt University).

Zuna, N. I., Turnbull, A., & Summers, J. A. (2009). Family quality of life: Moving from measurement to application. ***Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities, 6***(1), 25-31.

الملاحق

ملحق (١) : أسمـــاء المحكمـين لأدوات الدراسة

ملحق (٢) : استمارة بيانات أولية (إعـداد: الباحث)

ملحق (٣) : مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة (إعـداد: الباحث)

ملحق (٤) : مقياس جودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا (إعـداد: الباحث)

ملحق (٥) : البرنامج الإرشادي لتعديل اتجاهات الأمهات نحو إعاقة أطفالهن المعاقين عقليًا (إعداد: الباحث)

ملحق (٦) : استمارة تقييم جلسات البرنامج الإرشادي لتعديل اتجاهات الأمهات نحو إعاقة أطفالهن المعاقين عقليًا (إعـداد: الباحث)

ملحق (٧) : استمارة المقابلة الشخصية (إعـداد: الباحث)

ملحق (١)

أسمــاء المحكمين لأدوات الدراسة

أسماء المحكمين (*) لأدوات الدراسة

م	الاســـــــــم	الـوظيفـة	مقياس الاتجاه نحو الإعاقة	مقياس جودة الحياة الأسرية	البيانات الأولية- المقابلة الشخصية
١	أ.د/ آمال عبد السميع باظة	أستاذ الصحة النفسية وعميد كلية التربية الأسبق – جامعة كفر الشيخ	√	√	
٢	د/ أحمد محمد المتولي	دكتوراه الفلسفة في التربية (تربية خاصة) مدير مركز إنماء لذوي الاحتياجات الخاصة بدكرنس- محافظة الدقهلية		√	
٣	أ.د/ سعيد عبد الغني سرور	أستاذ علم النفس التربوي كلية التربية– ورئيس جامعة دمنهور السابق	√		
٤	أ.د / سهام عبد الغفار عليوة	أستاذ ورئيس قسم الصحة النفسية كلية التربية – جامعة كفر الشيخ	√	√	√
٥	أ.د/ السيد أحمد صقر	أستاذ ورئيس قسم علم النفس التربوي كلية التربية – جامعة كفر الشيخ	√	√	
٦	أ.د/ سيد محمود الطواب "رحمه الله"	أستاذ الصحة النفسية كلية التربية – جامعة الإسكندرية		√	√
٧	أ.د/ شادية أحمد عبد الخالق	أستاذ علم النفس التربوي كلية البنات – جامعة عين شمس	√		
٨	أ.د/ صبحي عبد الفتاح الكفوري	أستاذ الصحة النفسية وعميد كلية التربية السابق – جامعة كفر الشيخ	√	√	√
٩	أ.د/ عادل السعيد البنا	أستاذ ورئيس قسم علم النفس التربوي كلية التربية – جامعة دمنهور	√		
١٠	أ.د/ عصام محمد زيدان	أستاذ ورئيس قسم الصحة النفسية كلية التربية – جامعة المنصورة		√	
١١	أ.د/ محمد السيد عبد الرحمن	أستاذ الصحة النفسية كلية التربية – جامعة الزقازيق	√		
١٢	أ.د/ محمد محمد القللي	أستاذ علم النفس كلية التربية النوعية – جامعة دمياط	√	√	√
١٣	أ.د/ ناجي قاسم الدمنهوري	أستاذ علم النفس التربوي كلية التربية – جامعة الإسكندرية	√	√	
١٤	أ.د/ هشام عبد الرحمن الخولي	أستاذ الصحة النفسية كلية التربية – جامعة بنها		√	

(*) ملحوظة: تم ترتيب أسماء المحكمين ترتيباً هجائيًا.

ملحق (٢)

استمارة بيانات أولية

(إعداد : الباحث)

أولاً : بيانات خاصة بالطفل:

الاسم: .... **النوع: ذكر** ☐ **أنثى** ☐

تاريخ الميلاد: / / ٢٠١م **العُمر:** .... **سنة**

سن اكتشاف الإعاقة: .... **العنوان:** ....

- **مشكلات الحمل:** ....
- **مشكلات الولادة:** ....
- **مشكلات ما بعد الولادة:** ....
- **النمو الحركي:**
  - **الجلوس:** .... **– الحبو:** ....
  - **الوقوف:** .... **– المشي:** ....
- **الأكل / الشرب:** ....
- **الإخراج:** ....
- **مهارات رعاية الذات:** ....
- **التفاعل الاجتماعي:** ....
- **التواصل اللفظي:** ....
- **التواصل غير اللفظي:** ....
- **اللعب:** ....
- **النوم:** ....
- **الذاكرة:** ....
- **الانتباه:** ....
- **المظهر العام:** ....
- **السلوك:** ....
- **الهوايات المفضلة للطفل:** ....

ملاحظات أخرى: ....

هل يعاني من إعاقة أخرى؟ **لا** ☐ **نعم** ☐

نوع الإعاقة : ....

ثانيًا : بيانات خاصة بالأسرة:

(١) الأم:

- **الاسم:** .... **العُمر:** .... سنة
- **المؤهل الدراسي:** .... **الوظيفة:** ....
- **درجة القرابة بين الأم والأب: لا توجد** ☐ **توجد** ☐ ....
- **الحالة الصحية للأم:** ....
- **أساليب معاملة الأم للابن:** ....
- **أساليب معاملة الأم للأب:** ....
- **السمات التي تميز الأم:** ....

(٢) الأب:

- **الاسم:** .... - **العُمر:** .... سنة
- **المؤهل الدراسي:** .... - **الوظيفة:** ....
- **حالة الوالدان:** يقيمان معًا ☐ منفصلان بالطلاق ☐
  وفاة أحد الوالدين ☐ سفر أحد الوالدين ☐
- **الحالة الصحية للأب:** ....
- **أساليب معاملة الأب للابن:** ....
- **السمات التي تميز الأب:** ....

(٣) الأخوة والأخوات:

- **عدد الأخوة الكلي:** .... **عدد الذكور:** .... **عدد الإناث:** ....
- **ترتيب الابن المعاق بالنسبة للأخوة:** ......
- **علاقة الأخوة والأخوات بالأخ المعاق:** ....
- **الحالة الصحية للأخوة والأخوات:** ....

ملحــق (٣)

مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة

(إعداد : الباحث)

ملحــق (٤)

مقياس جودة الحياة الأسرية
لأمهات الأطفال المعاقين عقلياً

(إعداد: الباحث)

ملحــق (٥)

البرنامج الإرشادي لتعديل اتجاهات الأمهات نحو إعاقة أطفالهن المعاقين عقلياً

(إعداد : الباحث)

ملحق (٦)

استمارة تقييم جلسات البرنامج الإرشادي
لتعديل اتجاهات الأمهات نحو إعاقة
أطفالهن المعاقين عقليًا

(إعداد : الباحث)

استمارة تقييم جلسات برنامج تعديل اتجاهات الأمهات

نحو إعاقة أطفالهن المعاقين عقلياً

من فضلك ساعدينا على تقييم وتحسين مدى فعالية ما نقوم به من خلال إجابتك على الأسئلة التالية:

(١) ماذا تعلمتين في هذه الجلسة؟

....

....

....

(٢) ما العناصر التي لم تستطعي فهمها في الجلسة الحالية؟

....

....

....

(٣) ما الأشياء التي كنتي تتوقعين أن يتم تناولها في الجلسة، ولم تتحقق؟

....

....

....

(٤) ما المهارات التي اكتسبتيها بعد الجلسة؟

....

....

(٥) ما الأشياء التي أعجبتكِ، والأشياء التي لم تعجبكِ في الجلسة؟

أعجبني:

....

....

....

لم يعجبني:

....

....

....

(٦) ما مقترحاتك لتحسين هذه الجلسة؟

....

....

....

....

....

....

ملحق (٧)

استمارة المقابلة الشخصية

(إعداد : الباحث)

أولاً : بيانات خاصة بالأم:

- الاسم: .... العُمر: .... سنة
- المؤهل الدراسي: .... الوظيفة: ....
- الحالة الصحية للأم:

....

- أساليب معاملة الأم للابن:

....

....

- أساليب معاملة الأم للأب:

....

....

- السمات التي تميز الأم:

....

....

ثانيًا : بيانات خاصة بالطفل ذي الإعاقة العقلية:

الاسم: .... **النوع: ذكر ☐ أنثى ☐**

العُمر: .... **سنوات**

ثالثًا: الحالة النفسية للأم قبل وعند اكتشاف إعاقة الابن

- متى اكتشفتِ أن طفلك يعاني من إعاقة عقلية؟

....

....

- من أخبرك بخبر إعاقة ابنك؟

....

- كيف كان رد فعلك عند عِلمك بإعاقة ابنك؟

....

....

- هل تعتقدي أن إنجابك لطفل ذي إعاقة عقلية أثر على حياتك؟

....

....

- هل تشعرين بالذنب بمولد طفل ذي إعاقة عقلية؟

....

....

رابعًا: تعامل الأم مع الابن بعد اكتشافها إعاقته

- ماذا فكرتي أن تفعلي بعد معرفتك بأن ابنك يعاني من إعاقة عقلية؟

....

....

- ما رد فعل زوجك بعد معرفته بإعاقة الابن؟

....

....

- هل تلقيتِ الدعم من الزوج؟

....

....

خامسًا: طبيعة العلاقة مع الابن ذي الإعاقة العقلية

- ما علاقتك بطفلك؟

....

....

- هل تعاملي ابنك ذي الإعاقة بنفس طريقة تعاملك مع إخوته؟ ولماذا؟

....

....

- هل تغيرت علاقتك مع زوجك بعد اكتشاف إعاقة الابن؟ ولماذا؟

....

....

- هل تغيرت علاقتك بعائلتك وجيرانك وأصدقائك بعد معرفتك بإعاقة ابنك؟

....

....

سادسًا: التوجه المستقبلي للأم

- هل تعتقدي أن العناية بابنك ستكون صعبة في المستقبل؟ ولماذا؟

....

....

- هل تعتقدي أن طفلك سيعيش حياة عادية ويحقق الاستقلالية؟

....

....

- هل تعتقدي أن ابنك سيشفى في المستقبل؟

....

....

- هل تفكري في إنجاب المزيد من الأطفال لو أتيح لك ذلك؟ ولماذا؟

....

....

ملخصا الدراسة

- ملخص الدراسة باللغة العربية
- ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية



كلية البنات للآداب والعلوم والتربية
قسم علم النفس

ملخص دراسة بعنوان

تعديل اتجاهات الأمهات نحو إعاقة أطفالهن المعاقين عقلياً وتأثيره على جودة الحياة الأسرية

رسالة مقدمة للحصول على درجة دكتوراه الفلسفة في التربية

(علم نفس تعليمي)

إعداد

أحمد محمد السيد عبده العنتبلي

إشراف

أ.م.د/ ماجي وليم يوسف
أستاذ علم النفس المساعد
كلية البنات – جامعة عين شمس

د/ منال محمود إسماعيل
مدرس علم النفس التعليمي
كلية البنات – جامعة عين شمس

١٤٤٢هـ – ٢٠٢١م

ملخص الدراسة

مقدمة الدراسة

يطمح الوالدان إلى تحقيق آمالهما وتطلعاتهما من خلال الأبناء، إلا أنه سرعان ما تتحطم تلك الآمال حينما تصطدم الأسرة بمولد طفل ذوي إعاقة، فتمثل إعاقة الطفل صدمة شديدة للأسرة، حيث يواجه الوالدان صعوبات وتحديات كثيرة، حيث ينقصهما في أغلب الأحيان المعلومات عن كيفية التعامل معه، فيلجآن إلى أساليب تعامل لا تتناسب مع ظروف الابن ذوي الإعاقة مثل: نقده وتجريحه، وعزله عن الآخرين وقلة السماح له بالاختلاط بهم، وحرمانه من إشباع احتياجاته، وحجزه في المنزل وقلة ظهوره أمام الأقارب أو الجيران، وانخفاض المشاركة في فعاليات المجتمع، أو زيارة الأماكن العامة أو التسوق، بالإضافة إلى انعزال الأسرة عن الأهل والأصدقاء، وضعف تماسكها، وتعرضها إلى العديد من المشكلات سواء النفسية أو الاجتماعية كحالات الانفصال بين الزوجين أو الطلاق.

وتتمثل اتجاهات أسر ذوي الإعاقة العقلية نحو ابنهم في انخفاض تقبل الابن ذوي الإعاقة والهروب منه ورفضه، وقد يستمر ذلك لفترة طويلة، وإهماله بدرجة كبيرة، وقلة توفير العناية الصحية الكافية، أو الاهتمام الزائد بالابن ذوي الإعاقة.

ويترتب على معرفة اتجاهات الوالدين نحو إعاقة ابنهما سواء كانت هذه الاتجاهات إيجابية أم سلبية قرارات كثيرة تتعلق بإعاقة الابن، بالإضافة إلى إعداد برامج التوعية والإرشاد الأسري لأسر الأطفال ذوي الإعاقة العقلية، وتعديل اتجاهاتهم السلبية نحو الإعاقة، والتوعية لتعديل المفاهيم والاتجاهات السلبية عن إعاقة الابن، وما يرتبط بها من مفاهيم خاطئة، ومعرفة الخدمات المتاحة لصالح ذوي الإعاقة؛ وذلك يتطلب تقديم المساعدة الكافية للوالدين وإمدادهما بالأساليب التوافقية، وإكسابهما المعرفة والخبرات والمهارات التي تساعدهما في التغلب على العقبات، وتعود بالنفع على الأسرة والابن ذوي الإعاقة في نفس الوقت، وتحقيق أعلى مستويات الجودة لجميع أفراد الأسرة وبناء رؤية إيجابية جديدة لهم بشأن الإعاقة.

ويعد مفهوم جودة الحياة الأسرية من المفاهيم الحديثة نسبيًا التي ألقت الضوء على أسر الأطفال ذوي الإعاقة وكيفية التعامل معهم ومساعدتهم على تخطي الآثار الناجمة عن الإعاقة والتوافق معها، وذلك من خلال تركيز برامج وخدمات التربية الخاصة بشكل كبير على الأسرة، وأصبحت الأسرة محور العديد من البرامج الإرشادية؛ لأن وجود طفل ذوي إعاقة داخل الأسرة يحتاج إلى إعداد برامج واستراتيجيات متنوعة الجوانب لإرشاد وتدريب الوالدين بشأن الإعاقة.

ولضمان جودة الحياة الأسرية وتلبية حاجات الأبناء ذوي الإعاقة العقلية وما تفرضه الإعاقة من ضغوط أسرية؛ ينبغي أن تخضع مسئولية الرعاية لنوع من المشاركة والتعاون بين الأسرة -باعتبارها الأساس في حياة الطفل ذوي الإعاقة- والاختصاصيين مقدمي الخدمة للأطفال ذوي الإعاقة.

وفي ضوء ما سبق؛ جاءت هذه الدراسة لتقديم برنامج إرشادي لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية ليساعد على تخفيف الضغوط النفسية التي تواجه الأسرة وخاصة الوالدين وتعديل اتجاهاتهما السلبية، الأمر الذي ينعكس على جودة الحياة الأسرية وشعورهم بالتوافق مع أنفسهم ومع الآخرين؛ وبالتالي الاندماج في المجتمع، وتقبل الابن ذوي الإعاقة ومساعدته نفسيًا على تقبل إعاقته والتخفيف من الاضطرابات النفسية لديه وتنمية قدراته وإمكاناته ليستعيد ثقته بنفسه، وإشباع حاجته إلى الحب، والألفة، والمودة في ظل مناخ يغلب عليه التوافق والرضا الأسري عن الحياة الأسرية.

مشكلة الدراسة وأسئلتها

اتضح للباحث من خلال استقراء التراث النظري وبعض البحوث والدراسات السابقة أن هناك بعض آباء وأمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية يسعون إلى عزل أبنائهم عن المواقف الاجتماعية حتى لا يظهروا السلوكيات اللاتوافقية للأبناء أثناء المواقف الاجتماعية، كما أن الشعور بالخجل من وجود طفل ذوي إعاقة في العائلة قد يصل إلى حد الإنكار والنبذ والإهمال والقسوة مما يؤثر سلبيًا على ابنهم بل وعلى مشاعر أسرته؛ فينشأ الابن غير قادر على مواجهة المواقف الاجتماعية خائفًا من الآخرين شاعرًا بالعزلة؛ فيؤثر تأثيرًا سلبيًا على توافقه النفسي وتكيفه داخل المجتمع، كما أن ردود الفعل السلبية التي تظهر على أسرة المعاق عقليًا تشبه إلى حد ما ردود أفعال الناس ممن يفقدون شخصًا، وبالرغم من أن أسر المعاقين لم يفقدا طفلهما إلا أنهما يفقدان الأمل والحلم والطموح في أن يكون الطفل عاديًا، ومن ثم تصبح هناك حاجة إلى التوجيه والإرشاد النفسي للأمهات؛ لتبصيرهن باتجاهاتهن الخاطئة في تربية أبنائهن لتعديل اتجاهاتهن السلبية، وتحقيق أعلى مستويات الجودة لجميع أفراد الأسرة وبناء رؤية إيجابية جديدة لهم بشأن الإعاقة، بهدف تحسين جودة حياة أسرة تسعى لتحقيق مستقبل أفضل لابنها المعاق.

ويمكن صياغة مشكلة الدراسة في الأسئلة التالية:

١-ما العلاقة بين اتجاهات الأمهات نحو إعاقة أطفالهن المعاقين عقليًا وجودة الحياة الأسرية لديهن؟

٢- هل يمكن التنبؤ بجودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا من خلال اتجاهاتهن نحو إعاقة أطفالهن؟
٣- ما الفروق في اتجاهات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا -أفراد المجموعة التجريبية- نحو إعاقة أطفالهن في القياسين القبلي والبعدي؟
٤- ما التحسن في درجة جودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا -أفراد المجموعة التجريبية- في القياسين القبلي والبعدي؟
٥- ما الفروق في اتجاهات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا -أفراد المجموعة التجريبية- نحو إعاقة أطفالهن في القياسين البعدي والتتبعي (بعد انتهاء البرنامج بشهرين)؟
٦- ما الفروق في جودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا -أفراد المجموعة التجريبية- في القياسين البعدي والتتبعي (بعد انتهاء البرنامج بشهرين)؟
٧- ما العوامل الدينامية الكامنة التي تقف وراء ارتفاع وانخفاض استفادة أمهات الأطفال المعاقين عقليًا من البرنامج الإرشادي، كما يظهر في الدراسة المتعمقة لحالتين طرفيتين؟

أهداف الدراسة

هدفت هذه الدراسة إلى:

١- التعرف على العلاقة بين اتجاهات الأمهات نحو إعاقة أطفالهن المعاقين عقليًا وجودة الحياة الأسرية لديهن.
٢- إمكانية التنبؤ بجودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا من خلال اتجاهاتهن نحو إعاقة أطفالهن.
٣- التعرف على فعالية البرنامج الإرشادي في تعديل اتجاهات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا -أفراد المجموعة التجريبية- نحو إعاقة أطفالهن بعد تطبيق البرنامج الإرشادي.
٤- التعرف على فعالية البرنامج الإرشادي في تحسين جودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا -أفراد المجموعة التجريبية- بعد تطبيق البرنامج الإرشادي.
٥- التعرف على استمرارية فعالية البرنامج الإرشادي في تعديل اتجاهات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا -أفراد المجموعة التجريبية- نحو إعاقة أطفالهن من خلال القياس التتبعي.
٦- التعرف على استمرارية فعالية البرنامج الإرشادي في تحسين جودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا-أفراد المجموعة التجريبية- من خلال القياس التتبعي.
٧- التعرف على العوامل الدينامية الكامنة التي تقف وراء ارتفاع وانخفاض استفادة أمهات الأطفال المعاقين عقليًا من البرنامج الإرشادي، من خلال دراسة متعمقة لحالتين طرفيتين.

أهمية الدراسة

تكمن أهمية الدراسة في:

١- الأهمية النظرية:

تتمثل في أنها إضافة علمية لموضوع مهم لا تزال البحوث والدراسات مستمرة فيه لترى مدى تأثير مشاركة الأمهات في البرنامج الإرشادي المقدم لهن في تعديل اتجاهاتهن نحو إعاقة أطفالهن المعاقين عقليًا القابلين للتعلم، وكذلك تأثيره في تحسين جودة الحياة الأسرية. بالإضافة إلى إثراء المكتبة النفسية العربية بأدوات لقياس اتجاهات الأمهات نحو إعاقة أطفالهن المعاقين عقليًا، ومقياس جودة الحياة الأسرية للأمهات.

٢- الأهمية التطبيقية:

تتمثل في فعاليات المشاركة وأهميتها في تبصير أمهات الأطفال المعاقين عقليًا بدور هذه البرامج الإرشادية في تعديل اتجاهاتهن السلبية، كما تتمثل فيما سوف تُسفر عنه الدراسة من نتائج قد تفيد البحوث المستقبلية، كما تزداد أهمية هذه الدراسة في ظل احتياج المراكز والمؤسسات المعنية بالمعاقين عقليًا إلى برامج إرشادية للأمهات. كما تكمن في تبصير الأسرة بالخدمات والبرامج المقدمة للأطفال المعاقين عقليًا، والتأكيد على حاجة الأسرة إلى مدى من الخدمات والبرامج التدريبية والإرشادية ذات الصلة بالإعاقة؛ لتحسين جودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا، وبالتالي إعادة بناء أسرة قادرة على تلبية احتياجات أطفالها.

فروض الدراسة

١- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيًا بين اتجاهات الأمهات نحو إعاقة أطفالهن المعاقين عقليًا وجودة الحياة الأسرية لديهن.

٢- يُمكن التنبؤ بجودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا من خلال اتجاهاتهن نحو إعاقة أطفالهن.

٣- تتحسن اتجاهات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا أفراد المجموعة التجريبية نحو إعاقة أطفالهن في القياس البعدي.

٤- تتحسن درجة جودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي.

٥- يستمر التحسن في اتجاهات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا أفراد المجموعة التجريبية نحو إعاقة أطفالهن لما بعد انتهاء البرنامج بشهرين في القياس التتبعي.

٦- يستمر التحسن في درجة جودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا أفراد المجموعة التجريبية لما بعد انتهاء البرنامج بشهرين في القياس التتبعي.

٧-توجد عوامل دينامية كامنة تقف وراء ارتفاع وانخفاض استفادة أمهات الأطفال المعاقين عقليًا من البرنامج الإرشادي، من خلال دراسة متعمقة لحالتين طرفيتين.

محددات الدراسة

تتحدد هذه الدراسة في ضوء ما يلي:

١- منهج الدراسة:

اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج الوصفي الارتباطي للتعرف على العلاقة بين اتجاهات الأمهات نحو إعاقة أطفالهن المعاقين عقليًا وجودة الحياة الأسرية لهن. والمنهج التجريبي (تصميم المجموعة الواحدة) للتعرف على فعالية برنامج إرشادي لتعديل اتجاهات الأمهات نحو إعاقة أطفالهن المعاقين عقليًا وتأثيره على جودة الحياة الأسرية. والمنهج الإكلينيكي لدراسة حالتين طرفيتين ومحاولة تفسير كل من الارتفاع والانخفاض في اتجاهاتهما نحو إعاقة أطفالهما المعاقين عقليًا.

٢- المحدد البشري:

تكونت مجموعة الدراسة الوصفية من (٦٢) أُمًا من أمهات الأطفال المعاقين عقليًا القابلين للتعلم، ممن تتراوح أعمارهن الزمنية بين (٢٢-٤٢) سنة بمتوسط قدره ٣٢,٥٧ سنة وانحراف معياري ٥,٤٠. وتكونت مجموعة الدراسة التجريبية من (١٠) أمهات لأطفال معاقين عقليًا قابلين للتعلم ممن تتراوح أعمارهن الزمنية بين (٢٧-٤٠) سنة بمتوسط قدره ٣٢,٥ سنة وانحراف معياري ٤,٣٨ تم اختيارهن عمديًا من مجموعة الدراسة الوصفية، وتتراوح أعمار أطفالهن ما بين ٤-٦ سنوات، بمتوسط قدره ٥,٠٥ سنة وانحراف معياري ٠,٦٤٣، ويتراوح معامل ذكائهم بين (٥٦,٦٧ – ٧٠,٤) درجة على مقياس ستانفورد بينيه "الصورة الخامسة" بمتوسط ٦٣,١٠ وانحراف معياري ٤,٦٦. وتكونت مجموعة الدراسة الإكلينيكية من أُم حاصلة على درجة مرتفعة في مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة في القياس البعدي، بالإضافة لِأُم حاصلة على درجة منخفضة على مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة في القياس البعدي.

٣- المحدد المكاني:

تم تطبيق الدراسة على مجموعة من أمهات الأطفال المعاقين عقليًا، والملتحق أطفالهن بمركز (IQ) لتنمية مهارات ذوي الاحتياجات الخاصة بكفر الشيخ.

٤- المحدد الزماني:

تم تطبيق البرنامج الإرشادي لتعديل اتجاهات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو إعاقة

أطفالهن في مدى زمني ثلاثة أشهر تقريبًا في الفترة من (٢٠١٩/٩/٢٢م حتى ٢٠١٩/١٢/١م)، بواقع ثلاث جلسات في الأسبوع، وتراوحت مدة الجلسة من (٦٠– ٩٠) دقيقة وقد تتخللها فترة راحة حسب أهداف الجلسة، وقام الباحث بإجراء قياس تتبعي بعد مرور شهرين من انتهاء تطبيق البرنامج الإرشادي.

٥– أدوات الدراسة:

تضمنت الدراسة العديد من الأدوات السيكومترية والإكلينيكية، وتناولها الباحث كالتالي:

- **أدوات الدراسة السيكومترية، وتضم:**

- استمارة بيانات أولية. (إعداد: الباحث)
- مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة. (إعداد: الباحث)
- مقياس جودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقليًا. (إعداد: الباحث)
- البرنامج الإرشادي لتعديل اتجاهات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو إعاقة أطفالهن لتحسين جودة الحياة الأسرية. (إعداد: الباحث)
- استمارة تقييم جلسات البرنامج الإرشادي. (إعداد: الباحث)

- **أدوات الدراسة الإكلينيكية، وتضم:**

- استمارة مقابلة شخصية. (إعداد: الباحث)
- اختبار تفهم الموضوع (TAT) إعداد: موراي ومورجان (Murray&Murgan,1935)
- اختبار ساكس لتكملة الجمل إعداد: ساكس وليفي (Sacks & Levy, 1950)

٦– الأساليب الإحصائية المستخدمة:

استخدم الباحث الأساليب الإحصائية الآتية:

- الإحصاء الوصفي، ويتمثل في المتوسط الحسابي والانحراف المعياري.
- معامل ارتباط سبيرمان – براون وجيتمان.
- معادلة ألفا لكرونباخ.
- معامل ارتباط بيرسون.
- تحليل الانحدار متعدد الخطوات.
- اختبار ويلكوكسون وقيمة Z كأسلوب إحصائي لا بارامتري لاختبار دلالة الفروق لعينتين مرتبطتين، وذلك أثناء اختبار فروض الدراسة.
- معامل الارتباط الثنائي لرتب الأزواج المرتبطة (rprb) لحساب حجم تأثير البرنامج على المتغيرات التابعة.

نتائج الدراسة

توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

١- وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائيًا بين اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة وجودة الحياة الأسرية لديهن.

٢- يمكن التنبؤ بجودة الحياة الأسرية من خلال اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة.

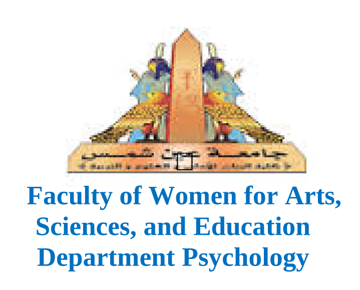
٣- وجود فروق دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة ٠.٠١ بين متوسطات رتب درجات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا على مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة ومكوناته في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي.

٤- وجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات رتب درجات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا على مكونات مقياس جودة الحياة الأسرية (حل المشكلات- مواجهة الضغوط- القبول الإيجابي للابن المعاق- الرضا عن الحياة)، والدرجة الكلية في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي. بينما لا توجد فروق دالة إحصائيًا على مكون القيام بالأدوار الأسرية في القياسين القبلي والبعدي.

٥- توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات رتب درجات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا على مكونات مقياس اتجاه أمهات الأطفال المعاقين عقليًا نحو الإعاقة (التقبل في مقابل الرفض- المساواة في مقابل التفرقة- الاعتدال في مقابل التدليل) والدرجة الكلية في القياسين البعدي والتتبعي لصالح القياس التتبعي، بينما لا توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات رتب درجات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا على مُكون الحنان في مقابل القسوة في القياسين البعدي والتتبعي.

٦- توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات رتب درجات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا في الدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة الأسرية ومكون القيام بالأدوار الأسرية في القياسين البعدي والتتبعي لصالح القياس التتبعي، بينما لا توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات رتب درجات أمهات الأطفال المعاقين عقليًا على مكونات مقياس جودة الحياة الأسرية (حل المشكلات الأسرية- مواجهة الضغوط- القبول الإيجابي للابن المعاق- الرضا عن الحياة) في القياسين البعدي والتتبعي.

٧- اتفقت نتائج الدراسة الإكلينيكية مع النتائج السيكومترية، حيث أسهمت الدراسة الإكلينيكية في رسم صورة لحالتي الدراسة مرتفعي ومنخفضي الاتجاه نحو الإعاقة وجودة الحياة الأسرية، وأوضحت وجود اختلافات جوهرية بينهما في البناء النفسي وديناميات الشخصية.



Faculty of Women for Arts,
Sciences, and Education
Department Psychology

Modification of Mothers' Attitudes Towards Their Children's Mental disability and Its Effect on the Quality of Matrimonial Life

Thesis Submitted to Get a Ph.D Degree in Philosophy of Education

Department Educational Psychology

By

Ahmed Mohamed El Sayed El Antably

Supervised By

Dr. Magie William Yousef

Assistant professor of Psychology

Faculty of Women- Ain Shams University

Dr. Manal Mahmoud Ismail

Lecturer of Educational Psychology

Faculty of Women- Ain Shams University

2021

Summary

Introduction

Parents aspire to achieve their hopes and aspirations through their children, but those hopes are quickly shattered when the family collides with the birth of a child with a disability, so the child's disability represents a severe shock to the family, as the parents face many difficulties and challenges, as they often lack information about how to deal with him. They resort to methods of dealing that are not appropriate to the conditions of the son with disabilities, such as: criticizing and insulting him, isolating him from others and lack of permission to mix with them, depriving him of satisfying his needs, confining him at home and being less visible in front of relatives or neighbors, and low participation in community activities, or visiting public places Or shopping, in addition to family isolation from family and friends, weak cohesion, and exposure to many psychological or social problems, such as cases of separation between spouses or divorce.

Knowing the parents ’attitudes towards their son’s disability, whether these trends are positive or negative, leads to many decisions related to the son’s disability, and the importance of knowing individuals’ attitudes towards disability lies in preparing awareness and family counseling programs for families of children with mental disabilities, modifying their negative attitudes towards disability, and raising awareness to modify concepts. Negative attitudes about the child's disability, and the misconceptions associated with it, and knowledge of the services available for the benefit of people with disabilities; This requires providing parents with adequate assistance, providing them with consensual methods, providing them with knowledge, experiences and skills that help them overcome obstacles, and benefit the family and children with disabilities at the same time, and achieve the highest levels of quality for all family members and build a new positive vision for them about disability.

To ensure the quality of family life and to meet the needs of children with mental disabilities and the family pressures imposed by disability; Responsibility of care should be subject to some kind of

participation and cooperation between the family and the professionals providing services to children with disabilities.

Problem of the study

The researcher noticed that many parents of children with mental disabilities seek to isolate their children from social situations so that they do not exhibit the inconsistent behaviors of their children during social situations, and that feeling ashamed of having a child with a disability in the family may reach the point of denial, ostracism, neglect and cruelty, which negatively affects On their son and even on the feelings of his family, and the negative reactions that appear on the family of a mentally disabled person are somewhat similar to the reactions of people who lose a person, and although the families of the disabled have not lost their child, they lose hope, dream and ambition to be a normal child, and from Then psychological guidance and counseling for mothers becomes required; To enlighten them about their wrong trends in raising their children, to correct their negative trends, and to achieve the highest quality levels for all family members.

The study problem can be formulated in the following questions:

1- What is the relationship between mothers 'attitudes towards the disability of their children with mental disability and the quality of their family life?

2- Can the quality of family life of mothers of children with mental disability be predicted by their attitudes towards their children's disability?

3- What are the differences in the attitudes of mothers of children with mental disability towards their children's disability in the telemetry?

4- What is the improvement in the quality of family life for mothers of children with mental disability in telemetry?

5- What are the differences in the attitudes of mothers of children with mental disability towards their children's disability (two months after the end of the program) in the tracer measurement?

6- What are the differences in the quality of family life for mothers of children with mental disability (two months after the end of the program) in the tracer measurement?

7- What are the underlying clinical factors behind the rise and fall of mothers of children with mental disability from the counseling program, as shown in the in-depth study of two terminal cases?

Aims of the study

The study aims at:

1. Identify the relationship between mothers ’attitudes towards the disability of their children with mental disability and the quality of their family life.
2. The possibility of predicting the quality of family life for mothers of children with mental disability through their attitudes towards their children's disability.
3. Recognizing the effect of the counseling program in modifying the attitudes of mothers of children with mental disability towards their children's disability and improving the quality of their family life in the post application.
4. Recognizing the continuity of modifying the attitudes of mothers of children with mental disability towards their children's disability and improving the quality of family life in tracer measurement.
5. Identifying the clinical factors that lead to the increase and decrease in the benefit of mothers of children with mental disability from the counseling program, through an in-depth study of two terminal cases.

Importance of the study

1. Theoretical importance:

A scientific addition to an important topic in which research and studies are still ongoing to see the impact of mothers ’participation in the counseling program presented to them in modifying their attitudes towards the disability of their children with mental disability who are able to learn, as well as its impact on improving the quality of family life. In addition to enriching the Arab Psychological Library with tools to measure mothers' attitudes towards the disability of their children with mental disability, and a measure of quality of family life for mothers.

2. Practical importance:

Mothers of children with mental disability enlighten the role of these counseling programs in modifying their negative attitudes, as is the results of the study that may benefit future research, and the importance of this study increases in light of the need for centers and institutions concerned with the mental disability for counseling programs for mothers. It also lies in enlightening the family about the services and programs provided to children with mental disability and emphasizing the family’s need for a range of services and training and counseling programs related to disability. To improve the quality of family life for mothers of mentally disabled children.

Hypotheses of the study

1- There is a statistically significant correlation between mothers ’attitudes towards the disability of their children with mental disability and the quality of their family life.
2- The family quality of life for mothers of children with mental disability can be predicted by their attitudes towards their children's disability.
3- The attitudes of mothers of children with mental disability change towards their children's disability in the telemetry.
4- The quality of family life for mothers of children with mental disability improves by telemetry.

5- The attitudes of mothers of children with mental disability towards their children's disability will continue to be modified two months after the end of the program in tracer measurement.

6- The improvement in the quality of family life for mothers of children with mental disability continues two months after the end of the program in tracer measurement.

7- There are underlying factors behind the high and low benefit of mothers of children with mental disability from the counseling program, through an in-depth study of two peripheral cases.

Methodology

The present study relied on the descriptive correlational approach to identify the relationship between mothers ’attitudes towards the disability of their children with mental disability and the quality of their family life. The experimental approach (one group design) to identify the effectiveness of a counseling program to modify mothers ’attitudes towards the disability of their children with mental disability and its impact on the quality of family life. The clinical approach is to study two terminal cases and attempt to explain both the rise and fall of their attitudes towards the disability of their children with mental disability.

Sample

The descriptive study group consisted of (62) mothers of children with mental disability who were able to learn, and their chronological ages ranged between (22-42) years. The experimental study group consisted of (10) mothers of learnable children with mental disability whose ages ranged between (27-40) years who were deliberately chosen from the descriptive study group, and their children ranged between 4-6 years old, and their IQ ranges between (56.67- 70.4) a score on the Stanford - Binet "Fifth Image" scale. The clinical study group consisted of a mother who obtained a high score on the mothers of children with mental disability’s attitude scale towards disability in the telemetry, in addition to a mother who obtained a low score on the mothers of children with mental disability’s attitude Scale towards disability in the telemetry.

The instruments

1- Preliminary data form. (By: Researcher)

2- Scale of the orientation of mothers of mentally disabilities children towards disability. (By: Researcher)

3- The Quality of Family Life Scale for Mothers of children with mental disability. (By: Researcher)

4- The counseling program to modify the attitudes of mothers of children with mental disability towards their children's disability (By: Researcher)

5- The thematic apperception test (TAT) (Murray&Murgan,1935)

6- The sentence completion test (Sacks & Levy, 1950)

The statistical methods used

The researcher used the following statistical methods:

- Descriptive statistics (Mean and standard deviation).
- Pearson correlation coefficient.
- Multistep regression analysis.
- Wilcoxon test and Z value to test the significance of differences for two linked eyes.
- The ranks of the pairs correlation coefficient (r_{prb}) to calculate the effect size of program on the dependent variables.

The study results

The study found the following results:

1- There is a positive statistically significant correlation between the attitude of mothers of children with intellectual disabilities towards disability and the quality of their family life.

2- The quality of family life can be predicted through the tendency of mothers of children with mental disability towards disability.

3- There are statistically significant differences between the mean scores of mothers of children with mental disability on the scale of the orientation of mothers of children with mental disability

towards disability and its components in the pre and post measurements in favor of the post measurement.

4- There are statistically significant differences between the mean scores of mothers of children with mental disability on the quality of family life scale and its components in the pre and post measurements in favor of the post measurement. Except for the family roles component.

5- There are statistically significant differences between the mean scores of mothers of children with mental disability on the components of the scale of the orientation of mothers of children with mental disability towards disability (acceptance versus rejection - equality versus distinction - moderation versus indulgence) and the overall score in the post and tracer measures in favor of the tracer measurement, While there are no statistically significant differences between the mean scores of mothers of children with mental disability on the component of tenderness versus cruelty in the post and tracer measures.

6- There are statistically significant differences between the mean grades of mothers of children with mental disability in the total score of the quality of family life scale and the component of positive acceptance of the disabled son in the post and tracer measurements in favor of the tracer measurement, while there are no statistically significant differences between the mean scores of the scores of mothers of children with mental disability on the components The quality of family life scale (solving family problems - coping with stress - playing family roles - satisfaction with life) in the post and sequential scales.

7- The psychometric and clinical study agreed, as the clinical study contributed to drawing a picture of the two study cases, with high and low tendency towards disability and the quality of family life and showed that there are fundamental differences between them in the psychological structure and personality dynamics.